



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

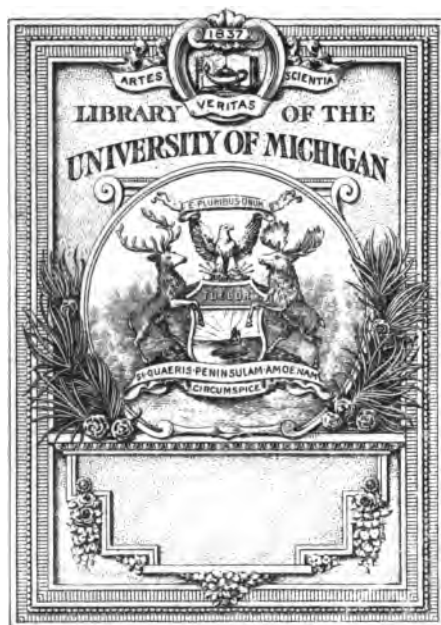
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

A

3 9015 00381 022 6

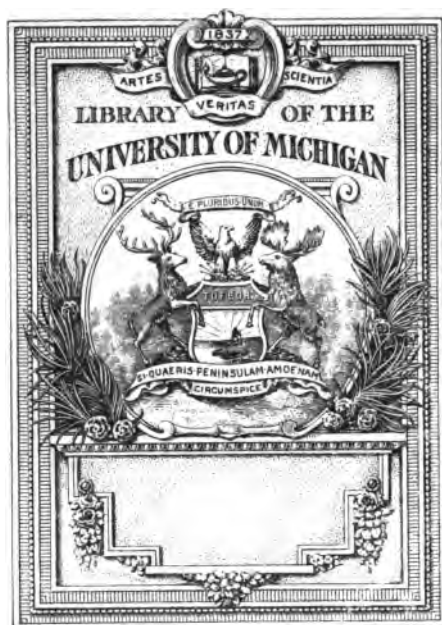
University of Michigan - BUHR



610,5

5678

A53



F10, J-

S678

A53



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

JR,

-Médecine.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Pour les Membres de la Société.	}	Paris. 4 fr.
		Départ. 5 50
Pour les abonnés étrangers à la Société.	}	Paris. 5 »
		Départ. 6 50

N. B. On s'abonne, par *lettres affranchies*, chez MOQUET, libraire-éditeur, cour de Rohan, 3, près le passage du Commerce. Toute lettre que n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

Les dix dernières années de la collection sont seules complètes; on peut se les procurer au prix de l'abonnement.

L'éditeur, pour satisfaire aux nombreuses demandes qui lui étaient adressées, réimprime les premières années du Bulletin qui étaient épuisées : les première, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, et septième années (1826, 1827, 1828, 1829, 1830 et 1832) sont en vente au prix de l'abonnement.



BULLETINS

DE LA

74357

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

21^e ANNÉE (1846).

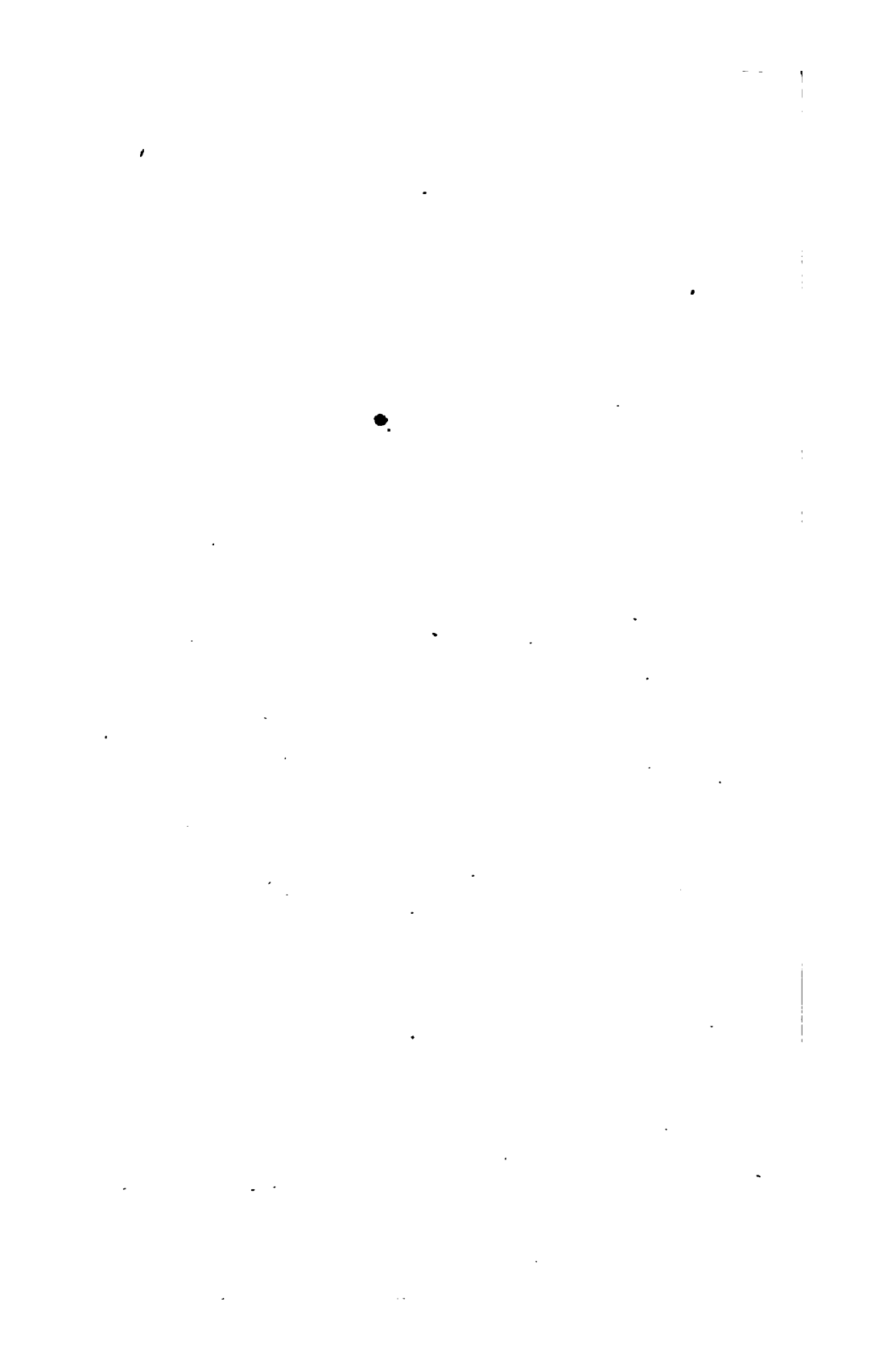
PARIS,

CHEZ MOQUET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

COUR DE ROHAN, N^o 3.

Près le passage du Commerce, quartier de l'École-de-Médecine.

1846.



LISTE DES MEMBRES
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXI^e ANNÉE.

3^e SÉRIE DÉCENNALE.

BUREAU.

MM.

Président. — CRUVEILHIER.
Vice-président. — BARTH.
Secrétaire. — DEVILLE.
Vice-secrétaire. — BONNET.
Trésorier. — THIBAUT.
Archiviste. — POUMET.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

ADOLON, professeur à la faculté.
BARON, membre de l'académie, médecin des enfants tr.
BARON (Charles), méd. du bur. cent., ex-chef de clinique de la faculté.
BARTHEZ, médecin du bur. central, ex-chef de clin. de la faculté.
BEAU, agrégé à la faculté, médecin du bureau central.
BECQUEREL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
BÉNIER, méd. du bur. cent., agrégé à la faculté.
BELL, ex-interne, bibliothécaire de la faculté.
BÉNAUD, (P.) prof. à la fac. de Paris, chir. de l'hôp. St.-Antoine.
BÉNAUD (Aug.), ex-int. ; chirurgien de la Pitié, prof. à la faculté de Paris, etc.
BERGSON, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Moulins).
BINTOT, d. m. p.
BLANDIN, ex-int. ; prof. à la facul. de Paris, chir. de l'Hôtel-Dieu ; etc.
BODINIER, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
BOINET d. m. p., ex-interne des hopitaux,
BOUDET, d. m. p., ex-interne des hôp., ex-chef de clin. de la fac.
BRIÈRE de Boismont, d. m. p.
BURCHAEVE, professeur à Gand.
CAZEAUX, d. m. p., ex-int. des hôp. ; ex-chef de clinique de la faculté, agrégé à la faculté.

CLOQUET (Jules), professeur à la faculté, chir. de la Clinique.

CONTOUR, d. m. p., ex-interne des hop.

CORNAC, membre de l'académie.

COSTILLES, ex-interne à Saint-Lazare, d. m. p.

CREVEILHIER, ex-int.; prof. à la faculté de Paris, méd. de la Charité,

DEBROU, ex-prosecteur à la faculté, chir. de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

DEMEAUX, d. m. p., ex-interne et aide d'anat. de la fac.

DEMONVILLIERS, profess. à la faculté, ex. chef des trav. anat. chir. de Lourcine.

DIDAY, d. m. p.; ex-interne, chirurgien de l'antiquaille à Lyon.

DURAND-FARDEL, d. m. p., ex-interne des hôpitaux (à Châtillon-sur-Loing).

ESPIAUD, membre de l'académie.

FABRE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Tonneins).

FARG, professeur d'anat. à Berlin.

FIAUX, ex-interne des hôpitaux.

FIGUERE, d. m. p. ex-interne des hôpitaux (à Genève).

FLURY, d. m. p., agrégé à la faculté.

FLURY, ex-interne des hôpitaux.

FORGET, professeur à la faculté de Strasbourg.

GAUBRIC, ex-interne des hopitaux (à Bordeaux).

GELIZ, ex-interne des hopitaux, d. m. p.

GIRALDES, ex-int.; exprosecteur des hôpitaux, agrégé à la faculté.

GOSSELIN, ex-chirurgien du bureau central, prosect. à la faculté, prof. agrégé.

GRISOLLE, agrégé, ex-int. ex-chef de clinique, médecin du bur. centr.

GUENEAU DE MUSSY (Noël), d. m. p.; ex-int.; méd. du bur. centr.

GUÉRARD, médecin de l'hôtel-Dieu, membre du cons. de salub.

HARDY, ex-int., ex-chef de clinique, méd. de l'hôp. de Lourcine.

HIRTZ, professeur d'anatomie à Prague.

HUGUEN, ex-int.; prof. agrégé; chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

HUTIN, d. m. p.

JOBERT de Lamballe, ex-int.; chirurgien de l'hôpital St.-Louis.

LACOMBE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.

LACROIX, d. m. p., ex-interne; ex-prosecteur à la faculté.

LAMBRON, d. m. p., ex-interne des hôpitaux (à Levraux).

LARREY (Hippolyte), professeur au Val-de-Grâce, agrégé à la faculté.

LAURENCE, d. m. p., ex-interne des hop.

LEGENDRE, d. m. ex-interne des hôpitaux.

LENEVEU, d. m. p., ex-interne des hopitaux, d. m. p.

LENOIR, ex-int.; profess. agrégé; chirurg. de l'hôp. Necker.

LETERMEUR, d. m. p., ex-int. des hop. (à Challan, Vendée)

LIVON, ex-interne des hopitaux, d. m. p.

MAGENDIE, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut, profess. au collège de France.

MAISONNEUVE, ex-int.; ex-prosecteur des hop., chir. de Bicêtre.

MANEC, ex-int.; ex-prosect. des hop.; chirurgien la Salpêtrière.

MARJOLIN, professeur à la faculté.

MARTIN ST-ANGE, d. m. p., ex-aide naturaliste au Muséum.

MAROTTE, d. m. p., méd. des hopitaux.

MAUROCORDATO, professeur d'anatomie à Athènes.

MAYON, d. m. p. ex-interne des hôp. (à Genève).

MAZET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.

MERCIER, d. m. p., ex-int. des hôpitaux.
 MICRON, ex-int.; chirurg. de l'hôpital Cochin, agrégé.
 MONOD, ex-int. des hôp.; chirurg. de la maison royale de santé.
 NIVET, d. m. p., ex-int. des hôpitaux (à Clermont).
 ORILLARD, ex-int. professeur à l'école de Poitiers.
 PAILLOUX, d. m. p., ex-int. des hôp., à Hem (Creuse).
 PERROCHAUD, ex-interne des hôpitaux (à Boulogne-sur-mer).
 PIGEAUX, d. m. p.
 PIGNÉ, ex-int. des hôpitaux, conserv. adj. du musée Dupuytren.
 PINAULT, d. m. p., ex-int.; chirurgien en chef de l'hôp. de Rennes.
 REY, d. m. p., ex-interne des hôpitaux.
 RENDU, ex-interne des hôpitaux, ex-aide d'anatomie de la faculté.
 PRESTAT, d. m. p. ex-int. médecin des hôp. (à Pontoise).
 RIGAUB, d. m. p., ex-int.; ex-prosecteur, de la fac., professeur à la faculté de Strasbourg.
 RILLIET, ex-int. des hôpitaux, d. m. p.
 ROBERT, ex-prosec.; chirurgien de l'hôp. de Besuajan.
 ROGER (Henri), ex-interne, médecin du bur. centr.
 ROKITSKY, prof. d'anat. path. (à Vienne).
 ROYER-COLLARD (Hippolyte), ex-int.; profess. à la faculté de Paris.
 SCODA, profess. de clinique (à Vienne).
 SÉDILLLOT, prof. à la fac. de Strasbourg, ex-agrégé à la fac. de Paris, chirurg. principal dans l'armée de terre.
 SESTIÉ, d. m. p., ex-int.; prof. agrégé à la faculté.
 SONNIÉ-MORET, d. m. p., ex-interne des hôp. (à Auxerre).
 SPITTAL, d. m. prés. de la soc. anatomique d'Edimbourg.
 TARDIEU (Ambroise), ex-interne des hôpitaux, agrégé de la fac.
 TAVIGNOT, ex-interne des hôpitaux. d. m. p.
 THIERRY, d. m. p., ex-aide d'anatomie de la faculté.
 VALLEIX, ex-interne; médecin de l'hôpital annexé.
 VANZETTI, prof. de clin. chir. à Barckoff.
 VILLENEUVE, membre de l'académie de méd.
 VILLERMÉ, membre de l'académie, membre de l'Inst.
 VIGLA, ex-int.; chef de clinique de la faculté, méd. du bur. centr.
 WELLENBERGH, d. m., prof. à l'école royale, vétérin. des Pays-Bas, (à Utrecht)

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

BARTH, ex-int., prof. agrégé de la faculté, méd. de la Salpêtrière.
 BONNET, interne des hôpitaux.
 BOURDON, ex-interne des hôpitaux, d. m. p.
 CASTELNAU (de), ex-int. des hôpitaux, interne à Saint-Lazare.
 CAZALIS, d. m. p., ex-interne des hôpitaux.
 CHASSAIGNAC, agrégé à la faculté; chir. des hôpitaux.
 DEMARQUAY, interne des hôpitaux, aide d'anat. à la faculté.
 DESPÈRES, ex-interne des hôpitaux, ex-prosecteur à la faculté, chir. du bur. centr.
 DEVILLE, aide d'an. à la faculté, int. des hôp.
 GABALDA, interne des hôpitaux.

HÉRARD, interne des hôp.
 HERSENT, interne des hopitaux.
 MOUTARD-MARTIN, interne et lauréat des hôpitaux.
 POUJNET, ex-int. des hopitaux. d. m. p.
 RICHARD, interne des hôp.
 TRIBAULT, interne des hopitaux.

MEMBRES ADJOINTS.

MM.

BAILLARGER, d. m. p., méd. de la Salpêtrière.
 DE BEAUVAIS, ex-interne des hôpitaux.
 BELIN, ex-interne des hop.
 BERGERON, ex-interne des hôpitaux, d. m. p.
 BERNUTZ, ex-interne des hôpitaux.
 BLANCHE, interne des hopitaux.
 BOUCHER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CANEN, ex-interne des hop.
 CAMPBELL, interne des hôpitaux.
 CAUDMONT, élève des hopitaux.
 COLIN, interne des hop.
 CUSCO, aide d'anat. de la faculté, interne des hôp.
 DELATRE, d. m. p., ex-interne des hôpitaux.
 DELPECH, ex-interne des hopitaux.
 DEPAUL, d. m. p., ex int. des hopit., ex-chef de clinique de la faculté.
 DEPUISLYE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DESORMEAUX, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 DUMON, élève des hop.
 ESCALIER, interne des hôp.
 FORGET (Eugène), d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 FREDAULT, interne des hôpitaux.
 FREMY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GRAPIN, interne des hôpitaux.
 GROS, ex-interne des hôpitaux.
 GRUBEY, d. m.
 GUENEAU DE MUSSY (Henri), méd. du bur. central, ex-chef de clin. de la faculté, ex-interne des hopitaux.
 GUERINNEAU, interne des hopitaux.
 GUIGNARD, interne des hopitaux.
 MILLAIRET, d. m. p., chef de clinique à la faculté.
 HOUET, aide d'anat. de la fac., ex-interne des hopitaux.
 JARJAVAY, prosecteur de la faculté.
 JOUSSET, interne des hôpitaux.
 LACANAL, ex-interne des hopitaux.
 LACOUR, interne des hop.
 LAFABRIE, ex-int. des hop.
 LAGOUT, ex-interne des hopitaux.
 LAROCHE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 LEBLED, interne des hopitaux.
 LEFEBVRE, élève des hop.

LEGENTIL, interne des hopitaux.
 MAILLIOT, d. m. p., élève des hopitaux.
 MARCHAL (de Calvi), d. m. p., agrégé à la fac., prof. au Val-de-Grâce,
 aide-major.
 MOLLOY, d. m. p.
 MONNOT, interne des hopitaux.
 MORREAU (Alexis), d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 OLLIFFE, d. m.
 OULMONT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PARISE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PIEGU, ex-interne des hopitaux, ex-aide naturaliste du Muséum.
 POTIER, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 RICHET, ex-interne des hopitaux, pros. de la faculté, chir. du bur. centr.
 ROBIN, interne des hopitaux.
 ROUSSEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 ROUTIER, interne des hopitaux.
 THORE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Sceaux).
 VOILLEMIR, d. m. p. ex-interne des hopitaux, agrégé à la faculté,
 chir. pu bur. central.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

MM.

ALTHAM, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 ARNOULT, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Blois).
 D'ASTROS, d. m. p., ex-chef de clinique de la fac., ex-int. des hôp.
 (à Marseille).
 AUBANEL, d. m. p., ex-interne, méd. de l'hôpital des aliénés de Mar-
 seille.
 AUBRY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, chef des trav. anat. à
 Rennes.
 BAILLY, d. m., ex-interne des hôpitaux, d. m. p., à Bains.
 BALOCCHI, d. m. (à Florence).
 BALME-DUGARRAY, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 BARADUC, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 BARDINET, d. m. p., ex-interne, prof. adj. à l'éc. prép. de Limoges.
 BARRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BARRIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux, chir. adj. de l'Hôtel-
 Dieu à Lyon.
 BARTHOLI, d. m. p., ex-interne des hopitaux (en Corse).
 BEAUGRAND, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 BEISTÈGUI (Mathias), d. m. p., à Mexico.
 BELMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BÉLOT, d. m.
 BÉNIQUÉ, d. m. p.,
 BENNETT d'Edimbourg, d. m. (à Londres).
 BERNARD, d. m. p. à Rennes.
 BERTRAND, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BERTON, d. m. p.
 BIDAULT, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Evreux).

BIGOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Evreux).
 BLANCHE, d. m. p.
 BLANCHET, ex-élève des hopitaux, d. m. p.
 BRESMARD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 BODART, ex-interne des hopitaux, d. m. p. (Calais).
 BONNEFOUS, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Figeac, Lot).
 BONNET, ex-int. des hopitaux, chirurgien en-chef de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.
 BOUCHACOURT, d. m. p., chirurgien de l'hôt.-Dieu de Lyon.
 BOUCHUT, d. m. p., ex-interne des hop.
 BODDET, d. m. p., à Lorient.
 BOSQ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOTTU, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOUCHET, d. m. p.
 BOUDANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Gannat).
 BOUDRIE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 BOURGOIGNON, d. m. p.
 BOYER, d. m. p., ex-int., ex-chef de clinique de la faculté.
 BRAIVE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BRUN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BURGUIÈRES, d. m. p. ex-interne des hopitaux, agrégé à la fac. de méd.
 CAFFE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 CALLÉ, d. m. p.
 CAMBERNON, ex-int., d. m. p. (à Granville).
 CAMUS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CANTON.
 CARON, d. m., ex-interne des hopitaux, à Bolbec.
 CARON DU VILLARDS, d. m. p.
 CARTIER, d. m. p.
 CAZAVIEUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Liancourt.
 CHAMBERT, d. m. p., ex-interne à la maison de Charenton.
 CHARCELAY, d. m. p., ex-int., professeur à l'école de Tours.
 CHAVIGNEZ, d. m. p.
 CHOISY, d. m. p., ex-int. des hopitaux, à Chantelle (Allier).
 COLLARD de Martigny, substitut du procureur du roi, à Epinal.
 COLOMBAT (de l'Isère), d. m. p.
 COMIN, d. m. p., ex-int. à Saint-Lazare.
 CORDIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Saint-Quentin).
 CLOQUET (Ernest), d. m. p., ex-prosect. des hôpit., ex-inter. des hôp. (à Téhérah, Perse).
 DEGUISE, chir. adj. à Charenton, ex-interne des hopitaux.
 DEQUEVAUVILLERS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 COUTURIER, d. m. p., à Lyon.
 DECOUX, d. m. p., à Périgueux.
 DELLERM, d. m. p.
 DELMAS, d. m. p., à Alger.
 DELONJON DE LA GRANGE, ex-inter. des hopit., d. m. p. (à Tours).
 DEMONCY, à Cazan (Russie).
 DESÉTANGS, d. m. p.
 DONNÉ, d. m. p., ex-chef de clinique de la faculté, à Paris, inspect. des écoles de méd.
 DUCHAPT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DUCROS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.

DÉPARRET-MURRET, d. m. p., à Limoges.
 DÉSIR, d. m. p., ex-int. des hop.
 DUCHASSAING, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à la Guadeloupe.
 DUMESNIL, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 DUMOUTIER, d. m. p., ex-aide d'anatomie à la faculté.
 DUPERTUIS, d. m. p., à Champigny, (Seine).
 DUPRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Bourg (Ain).
 DUPRÉ-LATOURE, d. m. p.
 DURAND, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 EAGER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Manchester.
 ESTEVENET, ex-int. et prosect. des hopitaux, chirurg. adj. à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.
 FAGET, ex-int. des hôpitaux, d. m. p. (à la Nouvelle Orléans).
 FAUVEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, ex-chef de clin. à la fac.
 FAVROT, d. m. p.
 FERRA, ex-int. des hop.
 FINCK, chirurgien de l'armée badoise, à Carlsruhe.
 FLANDIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 FLEURY, d. m. p., ex-int., professeur à Clermont.
 FORGET, (Amédée), ex-interne des hop., d. m. p.
 FOURNET, d. m. p., ex-int. des hop., ex-chef de cl. de la fac.
 FOVILLE, ex-int. des hop. méd. en chef de la maison de Charenton.
 GACHET, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Issoudun.
 GAILLARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GALLERAND, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 GAUCHER, ex-élève des hop., d. m. p.
 GAUSSAIL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Verdun.
 GABRIEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 GÉLY, d. m. p., chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.
 GENDRON, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Chânon.
 GIRARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.
 GIRAUD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 GLUGE, d. m.
 GODEFROY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GONTIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GOUGEON, d. m. p., ex-int. des hôpitaux (à Laval).
 GRANT, d. m. à Philadelphie.
 GRATIOLET, d. m. p., ex-interne des hopitaux, aide natur. au muséum.
 GRENIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GRESLOIS, chirurgien-sous-aide-major.
 GUÉNARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GUÉRÉTIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GUERHARD, d. m. à Philadelphie.
 GUIET, d. m. p., ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 GUITTON, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Dieppe).
 GUYOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Rennes.
 FROMENT, ex-interne, ex-aide d'anatomie à la faculté.
 HACHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Etampes.
 HÉLYE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 HERMELIN, d. m. p.
 HARPIN, d. m. p., ex-int., professeur à l'école de Tours.
 HERVEY, d. m. p. à Troyes.

HEULHARD, d. m. p., à Clamecy.
 HOELDER, d. m. à Stuttgart (Wurtemberg).
 HOUZETOT, d. m. p., à Meaux.
 IMLIN, ex-chef de clinique à l'école d'Alfort.
 ISSARTIER, d. m. p.
 JACQUERMIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 JAMAIS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 JONES, d. m.
 JOHNSTON, d. m.
 KRANE, d. m. à Londres.
 KRAUS, d. m.
 LABORIE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, chef de clinique de la fac.
 LACOMBE, ex-interne des hopitaux, d. m. p. à Périgueux.
 LACOMBE, (Daniel), d. m. p., aux Essarts (Vendée).
 LAFONT, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Toulouse.
 LAFARGUE, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Bordeaux).
 LANGENBECK, d. m., professeur de chirurgie à Giesen.
 LAPPE, d. m. p., à Montigny-le-Roi.
 LANDOUZY, d. m. p., ex-interne, professeur à l'école de Rheims.
 LASSERRE, ex-interne des hopitaux, d. m. p. (à Mautauban).
 LARGET-PIET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LAURENT, d. m. p., docteur ès-sciences.
 LEBERT, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Nogent le Rotron.)
 LEBERT, d. m. à Lausanne (Suisse).
 LEBERT, d. m. à Lavay (Suisse).
 LEDIBERDER, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Lorient).
 LEJEUNE, d. m. p., chirurgien du dépôt de mendicité, à Lyon.
 LEGUEY, d. m. p.,
 LÉPINE (à Châlons-sur-Saône).
 LERICHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Cussy).
 LEROUX, d. m. p.
 LEROY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LEURET, d. m. p., médecin de l'hospice de Bicêtre.
 LEVIEUX, d. m. p., à Bordeaux.
 LOGERAI, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LONGET, d. m. p., membre de l'acad. de méd.
 LORRAU, professeur à l'école de Poitiers.
 LORRAINE, d. m. p., à Orléans.
 MAIGNE, d. m. p.
 MALAT, d. m. p.
 MALGAIGNE, d. m. p., agr. à la fac., chirur. de l'hop. Saint--Louis.
 MALHERBE, d. m. p., à Nantes.
 MANDEL, d. m.
 MARCHESSEUX, ex-int. des hopitaux, d. m., au Havre.
 MARTINEZ del Rio, d. m. p. (au Brésil).
 MARJOLIN (R), d. m. p., chir. du bureau central.
 MARQUIS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MARTINS, d. m. p., ex-interne des hopitaux, ag. à la faculté.
 MASCARREL, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Châtellerault.
 MASSELOT, d. m. m.
 MATICE, ex-interne des hôpitaux.
 MAUNOURY, d. m. p., ex-int., à Maintenon.
 MAYRÉ, d. m. p.

MAY, d. m. p.
 MILCENT, d. m. p., ex-interne des hop.
 MOISSENET, d. m. p., ex-interne des hop.
 MONASSOT, d. m. p., à Rouen.
 MOREAU, d. m. p., de Versailles.
 MOREL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MOURNET, d. m. p., ex-pharmacien des hopitaux.
 NAUDAT, d. m. p.
 NÉLATON, ex-int.; professeur agrégé, chir. de l'hop. Saint-Antoine.
 NENCOURT, d. m. p., ex-interne des hop. (à Verdun).
 NIDART, ex-prosect. au Val-de-Grâce.
 OSSIPOWSKI, méd. de l'hop. civil de Moscou.
 PADIEU, ex-interne, professeur à l'école d'Amiens.
 PARISSE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Beaune).
 PASQUET, d. m. p.
 PASQUIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PÉGOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PERROCHAUD, d. m. p., ex-élève des hopitaux, à Boulogne.*
 PERUSSET, ex-interne des hopitaux (à Macon).
 PERTE, d. m. p., ex-interne des hop. (à Beaune).
 PETEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PIERDAGNEL, ex-interne médecin de l'hopital de la Pitié.
 PICARD (Eugène), d. m.
 PLAINCHANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Moulins.
 POISEVILLE, d. m. p., ex-élève de l'école Polytechnique, membre de
 l'Acad. de méd.
 POUMEAU, d. m. p.
 POURRAT, d. m. p., à Saint-Étienne.
 PRUZEAU, d. m. p. (à L'Isle, Yonne).
 PUYDEBAT, d. m. p., ex-int. des hop., chirurg. de l'hop. St-André,
 à Bordeaux.
 QUATREVAUX, d. m. p., ex-int. des hopitaux, à Avallon (Yonne).
 QUESNE, d. m. p.
 RAIMBERT, d. m. p. adjoint à l'hop. de Chateaudun.
 RAYNAUD, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 RENAUD, d. m. p.
 REILHAC, élève des hop.
 REIGNIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Beson (Allier).
 RIGORD, d. m. p., ex-int. chirurgien de l'hopital des Vénériens.
 RIPAULT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Dijon.
 ROCHE, d. m. p. (à Genève).
 ROBERTY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.
 ROULLAND, d. m. p., ex-interne des hop. (à Cean).
 ROCHOUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Orléans).
 SAINT-LAURENT, ex-intern. des hop.
 SALMON, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 SARBAU, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 SAUCEROTTE, d. m. p., à Lunéville.
 SAUNÉ, d. m. p., à Toulouse.
 SAUSSIER, d. m. p., ex-int. des hop. à Troyes.
 SCHULTZ (de Rével), d. m., à Saint-Petersbourg.
 SELLE-MENDERERT, d. m. p., à Carentan (Manche).

SERRÉ, ex-interne des hopitaux, d. m. p.
 SIMONIN, d. m. p., prof. à l'école de Nancy.
 SOUTY, chirurgien en chef de la marine royale.
 STANSKY, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 STEVENSON, d. m., à New-York.
 STROHLLIN, d. m. p., ex-int. des hop., à Genève.
 TAJASQUE, d. m. p.
 TANQUERELLE-DES-PLANCHES, d. m. p.
 TARDIEU (Charles), d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 TAUPIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 TENAIN, d. m. p., à Orsay (Seine-et-Oise).
 TESSIER, d. m. p., ex-int., médecin du bur. centr.
 THOMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Tours.
 TONNET, d. m. p., ex-interne des hop. (à Niort).
 TONNELIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Montereau.
 TRICOU, d. m., ex-interne des hop., d. m. p. à la Nouvelle-Orléans.
 THIVET, d. m. p.
 TRONCHON, d. m. p.
 TYPALDOS, d. m. p.
 VANNIER, d. m. p.
 VERNONIS, d. m. p., méd. du bureau central.
 VICHERAT, d. m. p.
 VIDAL (de Poitiers), d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 VILLEBON, d. m. p., à Rueil.
 VINSOT, d. m. p., à Melun.
 VIGER de Varennes, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Valogne.
 ST-YVES, d. m. p., ex-int. des hopitaux.

BULLETIN N° 1^{er} (Janvier 1846).

RÉDIGÉ

PAR MM. BOURDON, CRUVEILHIER, DE CASTELNAU,
DEPAUL, DÉSORMEAUX, HÉRARD, MOUTARD-MARTIN,
PIGNÉ, POUMET, THIBAUT ET DEMARQUAY, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. — Extrait des procès-verbaux des séances de la société. —

1. Tissu fibreux remplaçant au voile du palais et à la voûte palatine, les muscles palatins. — 2. Plaque osseuse développée dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde. — 3. Cheveau double postérieurement et simple antérieurement. — 4. Oblitération des voies biliaires. — 5. Tête présentant un muscle *pédro* ou *salpingopharyngien* développé d'une manière remarquable. — 6. Artère carotide primitive se continuant jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. — 7. Fœtus simple à la partie supérieure, et double inférieurement et postérieurement. — 8. Kyste de la protubérance. — 9. Cœur d'un vieillard mort d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. — 10. Cloison membraneuse d'un vagin. — 11. Prépuce présentant des nodosités. — 12. Cancer du vagin ayant déterminé une fistule vésico-vaginale. — 13. Masse énorme de tissu squirrheux développée au cou et remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire. — 14. Tumeur fibreuse située dans la partie antérieure de l'utérus.

A. Mal vertébral de Pott. — Paraplégie consécutive.

B. Tumeurs mélaniques du cou.

C. Albuminurie. — Anomalie du ligament suspenseur du foie.

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. CRUVEILHIER.

1. *M. Demarquay* présente le voile du palais et la voûte palatine d'un cadavre disséqué dans son cabinet. On remarque sur cette pièce

une absence des muscles palatins et la non-réunion des apophyses palatines sur la ligne médiane. Cet espace de la voûte palatine où le tissu osseux manque est occupé par du tissu fibreux.

4. *M. Richard*, pour obtenir le titre de membre titulaire, présente une oblitération des voies biliaires.

5. Sur une tête préparée par un de ses élèves, *M. Notta*, dans les pavillons de l'École Pratique, *M. Deville* montre un muscle *Pédro* ou *Salpingho-Pharyngien*, comme on voudra, développé à un degré fort remarquable. C'est un faisceau musculaire épais, plus volumineux qu'un stylo-pharyngien, qui naît du sommet du rocher et de la portion voisine de la trompe d'Eustache. De là il descend verticalement en arrière ou plutôt par dessus les muscles constricteurs qu'il recouvre sans leur adhérer, placé à la réunion de la face postérieure avec la face latérale droite du pharynx.

Bientôt il se bifurque: la portion *interne* continue à descendre verticalement jusqu'à l'os hyoïde auquel elle s'insère près de l'extrémité des grandes cornes, et là quelques-unes de ses fibres se recourbent pour devenir horizontales et se confondre avec le constricteur moyen; la portion *externe* descend un peu obliquement en bas et en dehors, rejoint le muscle stylo-hyoïdien auquel elle fournit quelques fibres, de manière à former une anse avec lui, s'applatit ensuite, devient aponévrotique, et va se confondre avec l'aponévrose d'enveloppe de la glande sous-maxillaire.

6. *M. Demarquay* soumet à l'examen de la société une artère carotide primitive qui se continuait jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure; au niveau du cartilage thyroïde, elle fournissaient deux artères, la thyroïdienne supérieure et la linguale. — La faciale et l'occipitale naissaient de l'origine de l'artère carotide externe au niveau de l'angle de la mâchoire.

Il présente de plus une masse graisseuse lipomateuse, enlevée sur le flanc droit d'une jeune fille de 15 ans. Cette tumeur datait de l'enfance de la jeune fille, elle présentait des kystes dans son intérieur. Le présentateur pense que ces kystes sont consécutifs à l'altération que le tissu lipomateux a dû éprouver.

7. *M. Pigné* présente un fœtus simple supérieurement, double inférieurement et postérieurement; on ne trouve qu'un seul cordon ombilical, on trouve de plus un cœur et un foie volumineux, et de

plus deux autres organes du même genre rudimentaires; l'estomac est double, d'un côté on voit une oreille double, le sujet est cyclope d'un côté.

M. Pigné suppose que deux individus se sont fondus en un seul.

Sur un autre individu double postérieurement, on trouve d'un côté un cœur et un foie volumineux, plus un petit cœur, de l'autre côté on trouve un petit foie et un estomac; sur ce même sujet on trouve un bras et une seule main seulement; sur cette main on trouve les extenseurs et fléchisseurs de deux mains.

M. Barth fait surtout remarquer que ce sont les parties symétriques qui se soudent.

M. Pigné dit qu'il faut admettre plusieurs degrés de fusion; tantôt il y a simple accollement de deux individus; d'autres fois, au contraire, il y a fusion complète de deux individus, il pense que chez les individus où on trouve par exemple un doigt supplémentaire, il y a fusion de deux individus.

8. *M. Lagout* présente le cerveau d'une femme de 45 ans qui a succombé dans un état comateux; l'œil droit était altéré, ramolli; la narine correspondante insensible et pulvérulente, la cavité buccale également insensible, du même côté la langue non déviée; à l'autopsie on trouva une hydatide qui s'était développée le long de la moelle allongée à la protubérance annulaire du côté droit, et qui se prolongeait sous la dure-mère avec le nerf de la cinquième paire; elle avait détruit le ganglion de Gasser.

M. Barth dit que c'est une règle de voir les hydatides dans des kystes, et que dans le cas actuel, ce dernier, en raison de sa finesse, aura été détruit.

9. *M. Grapin* soumet à l'examen de la société le cœur d'un vieillard de 65 ans, qui a succombé à un anévrysme de la crosse de l'aorte, avec dilatation et hypertrophie du ventricule gauche. Le cœur droit est sain; la valvule mitrale est saine, les valvules aortiques seules sont malades. — L'aorte, dans sa partie anévrysmatique est hypertrophiée; sa membrane interne est épaissie; sa moyenne est plus rouge qu'à l'état normal.

10. *M. Deville* fait voir un vagin sur lequel on observe une cloison membraneuse perforée de trous; l'utérus de la même femme est rempli par un polype.

M. Cruveilhier a eu occasion d'observer un fait de ce genre, à Limoges ; sur une femme encore jeune, il survenait des accidents à l'époque des règles ; ces dernières finirent par disparaître par la résorption du sang.

11. *M. Deville* présente en outre un prépuce sur lequel on observe quelques nodosités sous-cutanées, reliées entr'elles par de petits vaisseaux fins et aplatis. Ce sont bien là, comme l'indique M. Ricord, les produits d'une angéioleucite chronique. Rien ne guérit ces nodosités ; elles persistent, suppurent de temps en temps et se referment à diverses reprises. L'extirpation seule en guérit les malades.

12. *M. de Beauvais* présente les organes génito-urinaires d'une femme, sur lesquels on observe une fistule vésico-vaginale, déterminée par un cancer du vagin ; les deux reins sont affectés d'hydro-néphrose.

13. *M. Pigné* présente le cou d'un sujet que l'on a coupé transversalement au-dessous du larynx ; on constate de chaque côté une masse énorme de tissu squirrheux remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire et se prolongeant à droite jusque dans l'aisselle. — Au milieu de cette masse on retrouve la trachée-artère, l'œsophage et les artères à l'état normal ; mais on ne trouve plus de traces du tissu musculaire, ni des nerfs que l'on voit dans cette région ; la colonne vertébrale est saine ; au milieu de ces masses jaunâtres on trouve comme des masses tuberculeuses.

M. Deville pense que ce sont vraiment des tubercules joints au cancer.

M. Barth dit que très-probablement les tissus normaux n'ont point été détruits complètement par ce produit de nouvelle formation ; il pense qu'une dissection attentive ferait découvrir des nerfs ; pour ce qui est des masses blanches que l'on trouve au milieu de ces tumeurs cancéreuses, il se demande si ce ne serait pas de la fibrine modifiée. Sans nier que le tubercule ne puisse se rencontrer avec le cancer, il regarde ce fait comme assez rare, et quand ces deux produits se trouvent réunis, il est probable que le tubercule a précédé le cancer, et qu'il ne s'est pas développé au milieu du premier.

14. *M. Colin* présente des organes génito-urinaires pris sur une femme de 48 ans ; cette dernière a eu des règles abondantes ; il y a deux ans elle a eu une hémorrhagie utérine, mais depuis ses règles

ont cessé de paraître ; elle était entrée à l'Hôtel-Dieu pour une incontinence d'urine ; le col de l'utérus était sain , l'urètre était occupé à son entrée par un petit polype , lorsque l'on introduisait une sonde, celle-ci était déviée. — A l'autopsie on trouva une tumeur fibrineuse située dans la paroi antérieure de l'utérus ; la cavité de cet organe était normale et saine.

2. *M. Deville* présente une petite plaque osseuse développée dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde d'un jeune homme de 20 ans , mort de fièvre typhoïde ; on trouve un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; le péritoine lui-même est enflammé , ce qui tient à une inflammation vive d'une plaque de Peyer. Le présentateur se demande quelle peut être l'origine de cette petite concrétion osseuse. Il se demande si elle ne tiendrait pas à une transformation d'une petite glande de Pacchioni.

M. de Castelnau a vu de ces petits points osseux dans l'épaisseur des méninges, mais ils étaient moins volumineux.

M. Mercier pense que ces petites concrétions osseuses pourraient bien tenir à des épanchements sanguins ; il cite surtout les concrétions que l'on trouve dans la plèvre (qui auraient cette origine).

M. Pigné dit qu'il faut diviser tous ces produits dits osseux, en osseux proprement dits et en calcaires.

Les premiers seuls viendraient du tissu osseux lui-même.

Les autres viendraient des autres tissus et des transformations sanguines.

M. Deville partage la même opinion.

M. Cruveilhier fait remarquer que cette division est trop absolue ; il pense que le tissu musculaire peut devenir osseux.

3. *M. Pigné* présente une monstruosité, consistant en un chevreau double par la partie postérieure, et simple dans la partie antérieure ; sur ce monstre et plusieurs autres du même genre qu'il a observés, il a constaté, contrairement à ce qui était généralement admis, qu'il y avait deux cœurs, l'un de volume normal, l'autre, plus petit caché par le premier ; ce dernier a un péricarde et ses vaisseaux vont se réunir à ceux du grand cœur.

AVIS.

En exécution d'un arrêté pris par le comité dans sa séance du 30 janvier 1846, la publication des bulletins mensuels de la Société, qui partait du 1^{er} mars, commencera dorénavant au 1^{er} janvier, et finira au 31 décembre de chaque année. Ce dernier numéro contiendra le compte-rendu du secrétaire.

L'année 1845, mais l'année 1845 seule, n'aura que dix numéros.

Mal vertébral de Pott.—Paraplégie consécutive.

Observation recueillie par M. HÉRARD.

Le 26 juillet 1845, est entrée à la Charité, salle St-Joseph, n° 7, la nommée Larchet (Augustine), âgée de 19 ans, couturière.

La santé de cette jeune fille a toujours été languissante, et souvent troublée par de graves maladies. A 15 ans, elle commença à être réglée, et pendant trois mois consécutifs l'écoulement menstruel fut remplacé par de véritables pertes qui affaiblirent singulièrement la malade.

A cette époque apparurent deux ulcères scrofuleux à la face ; l'un à l'angle de la mâchoire, l'autre sur la joue, et la cicatrisation fut longue.

Presque en même temps, la jeune Larchet se plaignit de douleurs à la base de la poitrine, particulièrement au niveau de la dernière fausse côte gauche, et au creux de l'estomac. Souvent ces douleurs existaient très-vives en arrière, à la huitième vertèbre dorsale ; on ne voyait, du reste, en ce point aucune saillie anormale.

Quelques mois plus tard survinrent des crampes et des élancements dans les membres inférieurs, et principalement à la partie externe des jambes, au-dessous du genou. La peau de ces parties devint d'une sensibilité extrême, et des douleurs très-aiguës et persistantes se manifestèrent dans la région dorsale ; il lui semblait, pour me servir de son expression, que son dos s'ouvrait en deux.

Dans les derniers mois, avant son entrée à la Charité, les douleurs étaient devenues tellement intenses, accompagnées de secousses convulsives des membres inférieurs, qu'elle fut obligée de garder le lit, et quand elle put se lever, elle s'aperçut d'une saillie formée au niveau de la huitième vertèbre dorsale, et d'une faiblesse extrême des membres abdomi-

naux. La partie supérieure de son corps tendait à être entraînée en avant, si bien que, lorsqu'elle voulait marcher, elle maintenait la moitié supérieure du tronc dans la rectitude, en fixant fortement les mains aux plis de sa robe, vers le corsage. Lorsqu'elle était assise et qu'elle voulait travailler à l'aiguille, elle appuyait les coudes sur les genoux ; de cette façon les bras servaient de supports au tronc, et les avant-bras ainsi que les mains jouissaient de leurs mouvements. J'ajouterai qu'à cette époque, la respiration était gênée, et que la jeune fille sentait, à la base du thorax, une constriction très-forte, analogue à celle que déterminerait un cordon très-serré ; qu'elle se plaignait d'oppression, de palpitations, d'irrégularité dans la menstruation, de constipation. Les urines étaient rendues facilement, l'intelligence était saine, le mouvement et la sensibilité des membres supérieurs étaient entièrement conservés.

Trois mois avant l'entrée à la Charité, les symptômes de paralysie avaient fait de rapides progrès. Le mouvement et la sensibilité étaient presque complètement abolis, depuis l'extrémité des membres inférieurs jusqu'à la moitié inférieure du tronc. La gibbosité devint plus prononcée ; la constipation plus opiniâtre ; l'excrétion des urines fut difficile, et bientôt il y eut incontinence.

Elle entra à l'hôpital de la Charité, le 26 juillet 1845.

Etat actuel. — Mademoiselle Larchet, est une belle personne, d'un tempérament éminemment lymphatique ; elle est dans le décubitus latéral ; le dos examiné présente une gibbosité très-prononcée, gibbosité déterminée par la flexion de la colonne vertébrale par suite de la destruction probable de quelques vertèbres. Les jambes sont fléchies, sans raideur notable, sur les cuisses, et restent dans cette position, à moins qu'on ne fasse coucher la malade sur le dos, auquel cas elles s'étendent, en quelque sorte, d'elles-mêmes. Elle ne peut pas faire exécuter le plus petit mouvement à ses mem-

bres ; quelquefois un pincement et surtout le chatouillement de la plante des pieds en déterminent d'involontaires. Elle n'a plus de crampes, et rarement des secousses convulsives.

Le train inférieur semble, à la malade, tout à fait indépendant du train supérieur. On peut remuer les membres inférieurs, les changer de place, sans que la malade en ait conscience.

La peau est très-notablement engourdie ; l'engourdissement remonte jusqu'à la base du thorax ; la malade perçoit encore le pincement, le chatouillement ; les sensations de froid, de chaud lui échappent.

Elle n'a plus de douleurs ; elle ressent quelques picotements et fourmillements à la plante des pieds et à la jambe ; les membres inférieurs sont légèrement infiltrés et continuellement froids.

La malade éprouve, en outre, cette constriction en forme de ceinture, dont j'ai déjà parlé, large de deux doigts, quelquefois située au niveau de l'ombilic, souvent remplacée par une douleur très-vive sous les dernières fausses côtes et au niveau de l'épigastre.

La constipation est opiniâtre ; la malade ne sent pas le passage des matières fécales, et le sphincter anal est impuissant à empêcher l'issue des fèces, des matières fécales ; en un mot, il y a insensibilité de la muqueuse et paralysie du sphincter.

Quant aux urines, elles coulent involontairement, sans que la malade puisse les retenir ; c'est à peine si elle perçoit le besoin et le passage de l'urine. La plupart des autres fonctions s'exécutent assez librement ; point de mal de tête, l'intelligence est saine ; pas de toux ; et, autant qu'on peut ausculter la poitrine, il ne semble pas que les poudons soient tuberculeux. L'apyrexie est complète. Les battements du cœur ont toutefois persisté et sont assez violents. Beaucoup d'oppression et de gêne pour respirer, parler, phénomènes

qui semblent liés à la paralysie des muscles intercostaux, des derniers espaces, et à cette constriction, si remarquable, en forme de ceinture.

Dès le jour de son entrée, cette malade a subi l'application de deux cautères larges et profonds, de chaque côté de la gibbosité.

Une amélioration notable a suivi cette application, et déjà au bout d'un mois la sensibilité était en partie revenue dans les membres inférieurs ; pas encore de mouvements, mais il semblait que le train inférieur faisait davantage corps avec le train supérieur. Peu de changements du côté des urines et des selles.

L'état de cette malade resta stationnaire jusqu'au milieu de septembre ; mais alors des escarres considérables se déclarèrent de chaque côté, au niveau des grands trochanters.

Il survint une fièvre qui, sans être bien réglée, avait cependant quelque chose d'intermittent. Cette fièvre était généralement précédée de petits frissons, et suivie de sueurs abondantes qui fatiguaient singulièrement la malade. A cette fièvre vint se joindre une petite toux sèche, continuëlle, indice de la gêne qu'éprouvait le poumon à se débarrasser des mucosités qui l'engouaient.

La malheureuse jeune fille résista jusqu'au 5 décembre, époque à laquelle elle succomba aux progrès des deux escarres considérables, et à une sorte d'asphyxie lente.

Autopsie après 30 heures.

Examen de la colonne vertébrale.

Les viscères thoraciques et abdominaux étant enlevés, nous avons aperçu dans la poitrine, au-devant de la colonne vertébrale, un foyer purulent, en quelque sorte enkysté, un peu plus proéminent à gauche qu'à droite. L'aorte, située au-devant de l'abcès, y imprimait une rainure verticale ;

cette artère, du reste, incisée dans sa longueur, était saine. Le foyer ouvert a donné issue à un pus assez bien lié, un peu grumeleux et mélangé de quelques parcelles osseuses. Nous pûmes alors reconnaître la nature et l'étendue de l'altération. La septième vertèbre dorsale avait entièrement disparu ; la sixième reposait sur la huitième, et de là résultait cette saillie considérable du rachis en arrière. La 5°, la 6°, la 8° et la 9° dorsales étaient, à des degrés divers, rugueuses, érodées, en partie détruites. Ces vertèbres ont présenté, à une coupe verticale, une foule de petites cavités renfermant une matière molle, comme caséeuse, et qui me parut être du tubercule. Le tissu osseux environnant était presque partout dur, comme nécrosé.

Au fond de la vaste excavation anfractueuse, remplie de pus et de débris d'os, on distinguait la face antérieure de la dure-mère rachidienne, paraissant intacte, ainsi que la face postérieure et les faces latérales.

L'enveloppe incisée a permis d'examiner avec soin la moelle épinière. Dans un point, vis à vis la lésion osseuse, elle me parut manifestement ramollie. Cependant quelques personnes, et entre autres M. Cruveilhier, élevèrent des doutes, se fondant sur l'absence de changement de couleur, d'injection, de travail morbide environnant.

Les nerfs intercostaux des 5°, 6°, 7°, 8° et 9° espaces étaient pour la plupart épars au milieu du foyer purulent ; quelques-uns me parurent détruits, d'autres étaient intacts.

Les poumons étaient fortement engoués ; le gauche était en contact avec un peu de pus, qui s'était fait jour hors du grand foyer par un orifice latéral. Quelques tubercules crétaçés existaient au sommet des deux poumons.

Le foie était gras, très volumineux et s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche ; il y avait une adhérence très serrée du foie et de la rate ; celle-ci était petite et enveloppée d'une coque cartilagineuse.

Les autres organes étaient sains.

Réflexions. — Je me bornerai à de courtes réflexions sur l'observation qui précède. L'un des points sur lesquels je désire le plus appeler l'attention, c'est l'importance de l'étude des prodromes. Si j'en juge par le traitement qui fut employé, la nature de la maladie fut longtemps ignorée; et, comme cela arrive trop souvent, en présence de ces douleurs fugaces qui furent les premiers symptômes, on prononce le mot vague de rhumatisme; ce ne fut que le dernier mois avant son entrée à la Charité, qu'on lui appliqua des cautères dans le dos. Mais il était trop tard. Si ces moyens employés avec persévérance peuvent, ainsi qu'on en a de fréquents exemples, arrêter la marche de la carie vertébrale, c'est, dans le principe, alors que la désorganisation n'est pas trop avancée. Aussi, est-il bien important pour traiter les malades, de ne pas attendre la saillie vertébrale dont l'apparition est souvent tardive, et doit-on s'attacher surtout aux phénomènes précurseurs, et notamment à ces sensations de constriction à la base de la poitrine, à ces douleurs thoraciques fixées sous les fausses côtes, au creux de l'estomac, dans le dos, sortes de névralgies intercostales qui sembleraient annoncer une lésion commençante des nerfs intercostaux placés au voisinage des vertèbres malades.

L'étude des causes de la paraplégie dans le mal de Pott, est un point qui ne me semble pas avoir suffisamment attiré l'attention des médecins. Ainsi, je crois que l'on a exagéré les causes de compression de la moelle par les surfaces osseuses déplacées; très souvent le diamètre du canal rachidien n'est point diminué, malgré la flexion de la colonne vertébrale, et il faut dans ces cas, chercher les raisons de la paralysie, soit dans l'altération des enveloppes (Abercrombie), soit, ainsi que ce cas en est un exemple, dans la compression de la moelle par un abcès; ou encore dans un ramollissement du cordon nerveux rachidien.

Tumeurs mélaniques du cou.

Observation recueillie par M. LAFABRIE.

Paillard Geneviève, âgée de 51 ans, journalière, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 3, service de M. Roux, le 27 novembre 1845.

Cette femme arrive de la campagne, et toute sa vie elle a travaillé aux champs; elle est fortement constituée et n'a jamais été malade; elle est mère de 7 enfants, tous vivants et bien portants; elle a perdu ses règles à l'âge de 38 ans, sans aucun accident. Son père âgé de 85 ans, est encore fort et robuste. Sa mère est morte au retour de ses règles, après une maladie longue, de nature inconnue. Elle a deux sœurs plus âgées qu'elle, qui se portent bien et sont mères d'une nombreuse et belle famille.

Il y a 4 ans, sans cause connue, elle sentit une petite tumeur *comme une dragée* derrière l'oreille gauche, tumeur qui resta pendant trois ans stationnaire et nullement douloureuse. Il y a un an à peu près, s'étant exposée à un vent très froid, elle sentit une forte douleur à l'oreille gauche. Le col se gonfla rapidement de ce côté. La peau était rouge; le moindre mouvement causait de vives douleurs. Des cataplasmes furent appliqués pendant trois semaines, mais ils ne firent disparaître ni le gonflement ni la douleur. La malade croyait, sur les dires d'un médecin, qu'un abcès allait se former, mais rien de semblable n'arriva; il n'y eut jamais aucun point de suppuration. Après plusieurs mois la peau avait repris sa couleur naturelle, mais il restait un engorgement dur et douloureux dans le côté gauche du col, avec de petits élancements passagers, surtout la nuit, et après une journée froide.

Il y a 3 mois, les élancements devinrent plus vifs; la tumeur augmenta rapidement de volume, devint plus saillante

et parut plus dure; une grosseur nouvelle se forma au-dessus et en arrière de la première, et se développa avec elle. Jamais il n'y a eu aucune gêne ni pour parler ni pour respirer ni pour avaler les aliments. Depuis ces trois mois, le volume des tumeurs a plus que doublé. Il n'a été fait aucun traitement.

Les tumeurs semblent indépendantes l'une de l'autre, quoique contiguës. La première, plus grosse, s'étend au niveau de l'angle de la mâchoire, fait surtout saillie en bas et en avant, a une forme régulièrement arrondie et sans bosselure. Son volume est celui du poing. Elle est mobile, sans adhérences à la peau, très nettement limitée. L'autre tumeur a son siège au-dessous de l'apophyse mastoïde, son volume est moitié moindre; comme elle, elle a une consistance dure, résistante, un peu élastique. La pression ne détermine pas de douleur; il y a des élancements assez vifs, comme des coups d'aiguilles. La santé générale et les forces sont bien conservées. Les fonctions s'exécutent bien. L'appétit est resté bon. Le teint et les traits sont ceux d'une personne bien portante avec embonpoint moyen.

L'ablation de ces tumeurs est décidée et pratiquée le 5 décembre; une incision cruciale est faite sur le centre des parties à enlever. Les lambeaux sont disséqués, l'énucléation de la première tumeur est commencée avec facilité, mais une hémorrhagie très abondante, de nature surtout veineuse, apporte un obstacle à la prompte terminaison de l'opération, et nécessite quelques ligatures et un tamponnement provisoire. La petite tumeur est suivie sous les attaches du muscle sterno-mastoïdien; elle est plus adhérente que l'autre et ne peut être enlevée qu'avec l'aide du bistouri, quoiqu'entourée comme elle d'une coque fibreuse. Le tamponnement cessant d'être fait, l'hémorrhagie ne reparaît pas; on le reproduit cependant, et on panse simplement avec des boulettes et des gâteaux de charpie. — La malade est extrêmement faible et reste toute la journée dans un état de demi syncope,

avec soif très vive. — Gomme sucrée, vin de Bagnols.

Examen des tumeurs. — La première, exactement ronde, a sept centimètres de diamètre; l'autre, un peu aplatie, a moitié moins de volume. Elles sont uniformément dures, lisses, peu dépressibles, entourées d'une membrane fibreuse forte et solide qui les isole complètement. Incisées elles offrent à la coupe une couleur noire générale, mais plus foncée en certains points que dans d'autres. En pressant avec les doigts, on fait sortir un liquide teint en noir qui tache le linge, qui est le même partout avec quelques variétés dans l'intensité de la coloration; mais on ne peut exprimer aucune matière concrète qui puisse rappeler la matière encéphaloïde. Il existe surtout dans la petite tumeur de larges espaces entièrement noirs comme de la truffe. La structure est spongieuse, pas très ferme, mais fort résistante à la traction; ailleurs il y a des points qui semblent comme surajoutés, indépendants avec l'aspect de ganglions hypertrophiés plus ou moins teints en noir grisâtre.

Pendant les jours qui suivent l'opération, la malade est très faible, le troisième jour seulement elle peut prendre un peu de bouillon. Au huitième jour elle a repris un peu de force, le pouls est tranquille et faible; peu à peu les forces reviennent, la plaie suppure abondamment. Il n'y a pas eu trace d'hémorrhagie, et la malade a échappé à l'épidémie d'érysipèle qui sévit sur les opérées de la salle. Les lambeaux sont en partie rapprochés. Le fond de la plaie est rempli de bourgeons de bonne nature.

Albuminurie; disposition anormale du ligament suspensoir du foie.

Observation recueillie par M. WICKAM.

Le nommé Mayoux (Jean) coiffeur, âgé de 26 ans, couché

salle Lescaze, n° 20, habite Paris depuis sept ans; il y a six mois qu'il occupe une chambre humide; c'est depuis cette époque que le malade s'aperçoit que ses jambes gonflent; malgré cela, il continue à travailler, et mange avec autant d'appétit qu'à l'ordinaire. Depuis six ou sept jours, le volume du ventre étant beaucoup augmenté, le malade est entré à l'hôpital Beaujon, service de M. Martin Solon, le 14 mars 1845. A cette époque, l'œdème s'étend jusqu'au dessus de l'articulation des genoux; le doigt appliqué sur les parties œdémateuses, détermine une dépression qui disparaît lentement; les bruits du cœur sont normaux.

La quantité des urines est à peu près la même qu'à l'état normal; qu'on les traite par l'acide nitrique ou par la chaleur, l'albumine se présente en assez grande quantité. On soumet le malade au traitement par l'iodure de fer.

Pendant quelque temps, l'état général semble s'améliorer; mais bientôt l'œdème des membres inférieurs se reproduit jusqu'à la partie supérieure des cuisses; le scrotum et le pénis sont œdémateux, le ballonnement du ventre est assez considérable; il est assez facile de reconnaître l'épanchement liquide dans la cavité péritonéale; la respiration est encore facile.

Le 4 mai, le malade éprouve dans l'abdomen une douleur vive, instantanée, accompagnée d'un ballonnement considérable du ventre; la respiration est gênée; sentiment d'oppression; facies altéré et un peu bouffi. Le malade insiste pour qu'on lui fasse la ponction pour ne pas être étouffé. En percutant l'abdomen, on obtient un bruit sonore qui s'étend même en avant de la région épigastrique du côté droit. Le thorax donne un son clair qui semblerait indiquer le passage de l'air dans cette cavité. Douleurs vives du ventre. Les symptômes persistent, le malade meurt le 8 mai. — 9 mai, autopsie.

A l'autopsie on trouve: un œdème considérable des membres inférieurs, du ventre, des épaules et un peu du bras.

La surface péritonéale est injectée, revêtue de quelques lamelles; l'injection est finement arborisée.

La cavité péritonéale contient quatre à cinq litres d'un liquide jaunâtre, trouble, où flottent des flocons albumineux.

Les reins présentent à la surface externe de petites taches blanchâtres; ils sont mous; il y a hypertrophie de la substance corticale; et atrophie de la substance tubuleuse; on trouve encore un reste d'injection.

La rate est d'une couleur ardoisée; elle est ferme.

Le poumon droit est légèrement œdématisé; point de tubercules; épanchement de liquide dans la cavité pleurale du même côté. Le poumon gauche ne présente point d'adhérences; son tissu est normal.

Le cœur est assez petit, les orifices sont libres; les valvules complètes; la chair est ferme.

Le foie présente une anomalie intéressante. Son volume est diminué. Une portion d'intestin grêle est logée entre la paroi antérieure de l'abdomen et la face supérieure et antérieure du lobe droit du foie. Le ligament suspenseur du foie, formé ordinairement par une lame du péritoine, qui se réfléchit à l'état normal, au dessous de la veine ombilicale, ne s'étend pas ici jusqu'à cette veine; le péritoine se réfléchit au dessus d'elle, de telle sorte, que celle-ci semble être logée dans le péritoine; en effet, entre la veine et le ligament suspenseur du foie, il y a une ouverture assez considérable où se trouve engagée une anse d'intestin grêle qui ne présente aucune trace d'étranglement; cette anse intestinale, qui est dirigée transversalement, avait pénétré par cette ouverture de droite à gauche. La veine ombilicale a la forme d'un cordon.

La vésicule biliaire, au lieu d'être accolée au foie, présente une espèce de mésentère qui lui permet de flotter dans l'abdomen, et de ne plus être en contact avec le foie; le canal cystique a une longueur de cinq à six pouces.

L'estomac contient une quantité de mucus verdâtre assez

considérable. L'intestin grêle est moins long qu'à l'état normal ; on trouve des valvules conniventes jusqu'auprès du cœcum.

Le cœcum n'est pas situé dans la fosse iliaque ; il est situé près du foie, et présente un mésentère ; comme l'intestin grêle, il est flottant dans l'abdomen, et adhère à la vésicule biliaire ; la face interne du cœcum offre des traces d'une inflammation chronique ; la valvule iléo-cœcale est hypertrophiée et indurée ; près de cette valvule existent des cicatrices de la membrane muqueuse, qui forment des espèces de petits ponts ; en arrière de ces petits ponts, des fistules placées entre la membrane muqueuse et la musculieuse font communiquer l'intestin grêle avec le cœcum.

Ces lésions anatomiques sont intéressantes sous le point de vue anatomo-pathologique et sous le point de vue anatomique.

En effet, la présence des intestins dilatés par des gaz, placés entre la face antéro-supérieure du foie et la paroi antérieure de l'abdomen donne lieu, par la percussion, à un son clair, signe d'une tympanite péritonéale ; on aurait donc pu faire une erreur de diagnostic, et prendre une pneumatose intestinale pour une tympanite péritonéale.

La présence des valvules conniventes dans l'intestin grêle, jusqu'auprès du cœcum, peut expliquer le raccourcissement de cet intestin.

Les altérations du cœcum sont importantes à étudier, et présentent les traces d'une ancienne affection.

Le foie présente des anomalies intéressantes ; on peut se demander si cette ouverture triangulaire limitée d'un côté par la veine ombilicale, d'un autre côté par le ligament suspenseur du foie, et en avant par la paroi antérieure de l'abdomen, est congénitale ou produite par la déchirure du ligament. En examinant la disposition de ces différentes parties, on est disposé à croire que cette anomalie est congénitale. En effet, l'anse intestinale engagée par cet orifice ne

présente aucune trace d'étranglement ; on ne voit rien qui indique la déchirure du ligament suspenseur.

Extrait du rapport fait sur l'observation précédente,

Par M. RICHARD.

L'intestin grêle présentait à sa face interne et dans toute son étendue jusqu'au cœcum des valvules conniventes assez nombreuses. La présence de ces valvules dans les parties inférieures de l'iléum n'est point un fait extrêmement rare, et vos Bulletins en contiennent un assez grand nombre d'exemples. J'aurais donc pu le passer sous silence s'il ne rappelait une singulière coïncidence anatomique, sur laquelle quelques personnes ont fixé leur attention, notamment M. Baillarger. On a noté, en effet, que dans les cas de ce genre l'intestin avait une longueur notablement moindre qu'à l'ordinaire, en sorte que ce serait sur la longueur de l'intestin que porterait l'anomalie, et nullement sur les valvules qui n'existent que dans leur étendue habituelle. M. Wickam n'a point omis cette particularité anatomique, et son fait vient militer en faveur de cette manière de voir ; il est à regretter toutefois qu'en mentionnant cette longueur moindre de l'intestin, il ait omis de prendre des mesures précises, rigoureuses, car il n'y a guère que les faits précis qui puissent rigoureusement servir à la science.

Comme nouvelle particularité intéressante, offerte par le tube digestif, je dirai que le cœcum n'était plus dans la fosse iliaque droite, mais près du foie, et qu'il flottait dans la cavité abdominale, à l'instar d'un intestin grêle, avec lesquels il offrait encore comme analogie, de posséder un large mésentère. Cette circonstance est importante à noter, à l'occasion des hernies qu'on opère, car on a trouvé, grâce

à ce mésentère, le cœcum déplacé dans des points assez éloignés de son siège habituel, et dans lesquels il serait difficile de le supposer *à priori*.

J'arrive de suite à un phénomène fort curieux, et peut-être sans exemples dans les annales de l'anatomie pathologique. Le ligament suspenseur du foie qui se trouve formé, vous le savez, messieurs, par une lame du péritoine réfléchi sous la veine ombilicale, se réfléchit dans le cas actuel au-dessus de cette veine, en sorte que celle-ci, qui se trouve à l'état normal, entourée par les feuilletts du péritoine, semble être logée dans la cavité même du sac séreux. De plus, entre la veine qui se trouve placée en avant du ligament, sous forme d'un cordon, et ce ligament lui-même, existe une ouverture triangulaire, à base antérieure formée par la veine, ouverture assez considérable, dans laquelle se trouve engagée transversalement de droite à gauche, une anse d'intestin grêle, qu'on peut facilement retirer de cet orifice, au niveau duquel elle n'offre aucune trace d'étranglement.

Avant d'examiner s'il s'agit ici d'une ouverture anormale congénitale ou accidentelle, permettez-moi de terminer ce qu'il y a de saillant dans cette nécropsie, en ajoutant que la vésicule biliaire, loin de se trouver accolée à la face inférieure du foie, au moyen d'une lame du péritoine, se trouve flottante dans le ventre à l'aide d'un mésentère, qu'on pourrait appeler hêpato-cystique. — Le canal cystique avait de 5 à 6 pouces de longueur.

L'importance de cette observation au point de vue de l'anatomie pathologique ressort naturellement de ce qui précède; j'ajouterai qu'elle n'est pas moindre au point de vue clinique; car, ainsi que le fit judicieusement remarquer M. Barth, lors de la présentation de M. Wickam, la présence d'intestins dilatés par des gaz, entre la face supérieure du foie et la paroi antérieure et supérieure de l'abdomen, donnant un son très clair à la percussion dans des parties où ne se trouvent pas habituellement les intestins, pouvait facilement

conduire à une erreur de diagnostic, et faire croire par exemple à une tympanite péritonéale, lorsqu'il ne s'agissait que d'une pneumatose intestinale.

Analyse par M. Pigné d'une brochure Allemande envoyée par M. Helder, intitulée du rôle que joue le système nerveux dans l'inflammation.

Cette brochure de 44 pages, nous a vivement intéressée, non pas précisément par les faits nouveaux qu'elle contient, ni par la conclusion à laquelle elle conduit l'auteur, mais par la coordination des matériaux nombreux qui ont été recueillis. Nous allons tâcher de vous donner une idée de ce travail important, en en discutant les principales propositions :

1° Il n'est pas de fonctions dans toute l'économie qui aient entr'elles des relations plus intimes que celles du système nerveux et du système sanguin.

2° Les mouvements du cœur et des artères sont dus à l'action du système nerveux, et cette dernière ne saurait se manifester là où il n'existe aucune circulation sanguine.

3° L'activité de la circulation est sous l'influence directe du système nerveux, ce que prouvent non seulement la rougeur et la pâleur dans les émotions vives, mais encore les expériences directes de Krimer dans lesquelles on voit la circulation diminuer, et même cesser complètement dans les capillaires d'un membre par la section de ses nerfs.

D'après ces mêmes expériences, la section des nerfs retient le sang des veines, rouge, artériel; l'irritation des nerfs et même du cerveau ou de la moelle activait la circulation, et certaines parties devenaient plus rouges et plus chaudes.

Valentin n'a-t-il pas vu l'irritation mécanique du grand sympathique déterminer la contraction des vaisseaux capil-

laïres et même des artères et des veines? Henle, Stilling, Earle, Brodie, Hall, Andral, Wedemayer, etc., partagent cette même doctrine.

Nous savons très bien que Müller, Gluge, Hannius, Nasse, etc., combattent cette opinion, et la meilleure preuve qu'ils invoquent, c'est, disent-ils, que la section de la moelle épinière, ou du nerf principal d'un membre n'a que peu d'influence sur l'action des vaisseaux capillaires. Mais cette section de la moelle, cette section du nerf principal d'un membre, ne sauraient empêcher l'action du nerf grand sympathique qui, d'après Brachet, Krimer, Stilling, et la presque totalité des anatomo-physiologistes, mettrait seul en action les fibres contractiles des vaisseaux sanguins. D'ailleurs, ne savons-nous pas que dans un membre paralysé lentement, non seulement la nutrition souffre, mais encore que sa circulation diminue, et que ses artères perdent de leur calibre; ne savons-nous pas encore que la section d'un plexus nerveux amène la stagnation du sang et quelquefois la mortification du membre par une hyperémie locale et tout-à-fait passive? L'examen des faits et les expériences de Henle, de Krimer et de Valentin conduisent à cette proposition : la contraction des vaisseaux capillaires, qui est un fait actif, correspond à une vive irritation des nerfs, et sa dilatation qui est un fait passif, correspond à l'affaiblissement de l'action des nerfs qui succède à une trop vive irritation.

La nutrition et les sécrétions sont également sous la dépendance du système nerveux; c'est ce que mettent hors de doute les troubles apportés dans la quantité et dans la qualité du produit des sécrétions, à la suite de la section des nerfs, qui se distribuent dans les glandes. C'est ce que prouvent encore les modifications qui surviennent à la surface d'une plaie, et dans les sécrétions du lait, par exemple, à la suite d'une violente émotion. Les expériences de Budge prouvent l'influence de la section de la moelle sur les secré-

tions du tube digestif; celles de Krimer prouvent la même influence sur la sécrétion urinaire.

Une autre proposition indispensable à la thèse que soutient l'auteur, est celle-ci : Toute irritation anormale doit être suivie d'une réaction.

Ceci est prouvé par tant de faits que nous n'insisterons pas davantage.

Il en est de même de la proposition suivante : ne sont passibles d'irritation et de réaction, que les organes qui possèdent des nerfs, et par conséquent des vaisseaux.

Toute irritation peut conduire à l'inflammation, et l'inflammation ne peut se développer que dans les organes susceptibles d'irritation.

Cette proposition, si elle est admise sans restriction, conduit nécessairement à cette autre : un organe complètement paralysé ne peut être pris d'inflammation. J'avoue que je suis bien tenté de le croire, car mes souvenirs ne me rappellent aucune observation contradictoire. Dans tous les cas c'est une conséquence sur laquelle j'appelle toute votre attention.

Toute irritation qui doit amener une inflammation, qu'elle agisse sur les nerfs, qu'elle agisse sur les vaisseaux capillaires, conduit au même résultat, c'est-à-dire à un trouble dans le système nerveux, et par suite dans les vaisseaux capillaires. Tous les observateurs sont d'accord sur ce point.

Ces différentes propositions prouvent déjà, par induction, que le rôle du système nerveux dans la production de l'inflammation est immense; mais ce rôle devient encore plus grand, plus réel peut être, par des expériences directes.

Krimer coupe un nerf, une paralysie survient; il fait des incisions dans la partie paralysée; ces plaies ne s'enflamment pas; elles ne suppurent pas; ce n'est qu'au bout d'un temps très long, lorsque la cicatrisation du nerf s'opère, lorsque la paralysie disparaît, que l'inflammation se déclare, que le pus survient et que les plaies guérissent.

Dans les expériences de Krimer, dans les cas où la paralysie n'a pas disparu, les plaies sont devenues d'un brun rougeâtre et ont fourni indéfiniment un liquide comme séreux.

Les expériences de Nasse sur le même phénomène conduisent exactement aux mêmes résultats ; il en est de même de celles de Budge, et surtout de celles très nombreuses et très concluantes de Brodie. Dans les nombreuses sections de nerfs faites par Magendie et Brachet, nous ne rencontrons non plus aucun fait qui prouve l'existence de l'inflammation dans les parties paralysées.

BULLETIN N° 2 (Février 1846).

révisé

Par MM. BARTH, BONNET, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER, DÉ-
SORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUMET, THIBAUT ET A. DEVILLE,
secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Tumeurs mammaires. — 2. Origine du nerf spinal. — 3. Perforation du cœur. — 4. Altérations valvulaires et hypertrophie du cœur. — 5. Nouveau percuteur pour la lithotritie.
- B. *Tumeur encéphaloïde du cou. — Compression de la trachée et de l'œsophage; perforation du pharynx.*
- C. *Apoplexie méningée double, enkystée dans la cavité arachnoïdienne.*
- D. *Calcul vésical. — Hypertrophie de la vessie. — Dilatation des uretères et des reins. — Néphrite. — Anomalie des uretères qui sont au nombre de trois.*
- E. *Cancer encéphaloïde de la vessie.*
- F. *Carcinôme de l'estomac. — Gangrène du foie. (Observation et rapport.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Goblet présente des tumeurs provenant d'une femme admise dans le service de M. Velpeau. Cette femme, âgée de 45 ans, maigre, ayant des seins peu développés, est entrée dans le service de M. Velpeau à la Charité, pour des tumeurs des deux seins. Elle est encore réglée et sent ses mamelles se tuméfier à chaque époque menstruelle. Elle s'est aperçue il y a quatre mois seulement de la tumeur du sein gauche, tumeur qui est restée indolente. Au bout

de deux mois, elle a consulté un médecin qui a trouvé des tumeurs semblables dans le sein droit dont la malade ne s'occupait pas du tout. Ces tumeurs enlevées ces jours-ci par M. Velpeau, offrent les dispositions suivantes: — Sur le sein gauche, la peau est mobile, saine, mais colorée en une teinte violacée; au milieu des grains glanduleux mammaires, se trouvent éparses des tumeurs, des espèces de lobules arrondis du volume d'un grain de chenevis à celui d'une noisette, transparents, comme gélatiniformes, d'une consistance assez ferme, que M. Velpeau appelle des pelotons fibreux. Ces lobules s'énucléent très facilement des tissus environnants; leur structure intérieure est uniforme, et de la surface de la coupe, on fait écouler, par la pression, un liquide abondant, séreux et légèrement louche. La tumeur du sein droit est unique; à l'une de ses extrémités s'observe une masse du volume d'une noix, semblable aux tumeurs précédentes, sauf qu'elle est divisée, dans son intérieur, en lobules par des cloisons blanchâtres, tandis que la partie contenue entre ces cloisons est d'un jaune rougeâtre et transparent, sans apparence de vaisseaux notables à l'œil nu; à l'autre extrémité, et même tout autour de cette masse déjà décrite, la tumeur est d'un blanc mat, d'une consistance très dure, très résistante, comme fibreuse. Cette portion est sensiblement mamelonée, et les mamelons peu marqués sont séparés par des rubans fibreux, forts et épais, intriqués dans tous les sens.

M. Cruveilhier trouve dans ces dispositions des types de ce qu'il a appelé *Tumeurs fibreuses*.

M. Barth fait remarquer sous le rapport pratique, surtout dans le sens des idées adoptées par M. Cruveilhier, que ces tumeurs sont, en effet, plutôt fibreuses que fibrineuses, car elles sont peu friables et difficiles à écraser, deux caractères qui ne se trouvent pas dans les tumeurs fibrineuses. — Une autre question relative à la tumeur du sein droit consiste à chercher si les deux parties blanc mat et jaunâtre de la tumeur sont semblables et de même nature. L'analogie peut servir ici à résoudre la question. Dans les tumeurs fibreuses de l'utérus que M. Barth croit pouvoir très bien comparer à la portion d'un blanc mat de la tumeur actuelle, on trouve parfois des points distendus par des cavités, les unes petites, les autres plus volumineuses, toutes remplies par une masse comme gélatineuse. L'aspect gélatineux des tumeurs présentées par M. Goblet,

pourrait porter à se demander si ces tumeurs ne sont pas colloïdes, mais M. Barth ne le pense pas.

M. Cruveilhier développe les mêmes opinions. On comprend très bien, dit-il, qu'au milieu d'une tumeur fibreuse, il se fasse des sécrétions séreuses ou d'une autre nature, qui distendent les éléments fibreux de manière à former des parties molles, comme gélatineuses au sein de la masse principale.

M. Giralès, sur l'interpellation de M. Cruveilhier, déclare que, pour lui, les tumeurs présentées par M. Goblet, ne sont ni fibreuses, ni fibrineuses; ce sont tout simplement des hypertrophies de la glande mammaire. M. Giralès a déjà eu occasion d'étudier avec soin plusieurs cas semblables de glandes mammaires hypertrophiées. Une fois entre autres, il y a six mois, une tumeur du sein, de nature multiple, fut enlevée par M. Velpeau qui la croyait encéphaloïde. M. Giralès fit macérer la tumeur dans l'acide nitrique, puis la disséqua sous l'eau. Il vit alors qu'il s'agissait d'une hypertrophie pure et simple; l'hypertrophie portait sur les granulations glandulaires qui formaient des mamelons comme dans la tumeur actuelle, sur les canaux excréteurs manifestement plus volumineux qu'à l'état normal, et sur les vaisseaux environnants eux-mêmes dilatés, d'où la coloration possible et plus ou moins intense des parties voisines. L'hypertrophie peut être générale ou bien partielle; elle peut n'occuper qu'une seule granulation, et former alors une tumeur toute isolée, du genre de celle que M. Giralès dit avoir présentée dernièrement à M. Cruveilhier.

M. Barth pense qu'on pourrait accorder ces opinions divergentes, en tenant compte de ce qui se passe dans des parties seulement formées par du tissu cellulaire. Là, les tumeurs fibreuses se développent et se montrent dans toute leur simplicité. Mais, si au sein de ce tissu cellulaire, se trouvent appendus des éléments glanduleux comme à la mamelle, la tumeur fibreuse renfermera des grains glanduleux qui pourront eux-mêmes s'hypertrophier. Quant aux tumeurs d'apparence gélatineuse, elles sont bien le résultat d'une exsudation plastique ou séreuse qui se fait dans l'intimité de la tumeur, dont elle distend et sépare plus ou moins les éléments fibreux.

M. Goblet ajoute, comme pouvant venir à l'appui de l'opinion de M. Giralès, que dans les tumeurs qu'il soumet à la société, il

a trouvé plusieurs canaux galactophores manifestement dilatés.

2. M. Gros expose à la Société, ses recherches sur l'origine du nerf spinal, et présente une pièce à l'appui. Cette pièce comprend la portion cervicale et un peu de la portion dorsale de la moelle épinière, dont la dure-mère fendue en arrière et renversée, est fixée sur une planchette de liège ; elle est maintenue plongée dans de l'eau acidulée par l'acide nitrique ; M. Gros la retire de ce liquide, pour la plonger dans de l'eau pure au moment de l'examen.

— L'origine du nerf spinal est bien, comme on l'a dit, sur la partie postérieure du faisceau antéro-latéral de la moelle, juste en avant, à 1/4 de millimètre de l'origine des racines postérieures rachidiennes. Les auteurs décrivent cette origine comme s'arrêtant au niveau de la quatrième ou de la cinquième paire cervicale ; rarement descend-elle jusqu'au niveau de la sixième ou de la septième. Les dissections de M. Gros, portant jusqu'à présent sur dix nerfs spinaux, lui ont montré que l'origine inférieure descendait toujours jusqu'à la région dorsale de la moelle épinière, et par conséquent, quatre ou cinq paires plus bas qu'on ne le dit d'habitude. Ces dissections portent sur l'homme seulement ; plus tard, M. Gros les répètera sur des animaux. Ce qui justifie les anatomistes d'avoir arrêté jusqu'à présent cette origine au niveau de la quatrième ou cinquième paire cervicale, c'est qu'en effet le nerf spinal paraît s'arrêter là, terminé, comme par une masse, par un ensemble de fibrilles agglomérées, qui s'implantent isolément sur le faisceau latéral de la moelle. Mais, si l'on regarde avec attention, on voit descendre de la partie externe de cette masse un petit filament blanc et grêle qui passe en avant des racines rachidiennes postérieures sur lesquelles il repose, et avec lesquelles il s'anastomose ; sur la pièce que nous présente M. Gros, ces anastomoses sont incontestables avec les sixième, septième et huitième racines postérieures cervicales. Sur cette même pièce, on voit ce petit filament blanc, venir s'insérer sur la partie postérieure du faisceau antéro-latéral de la moelle au niveau de la deuxième paire dorsale. — M. Gros décrit aussi, d'une manière particulière, les anastomoses du nerf spinal avec la racine postérieure de la première paire cervicale. Le nerf spinal, en remontant, passe au devant de cette racine ; il continue, et arrivé un peu au dessus, il lui envoie deux filets, dont l'un se porte en dedans, l'autre en dehors. Le premier se dirige vers l'ex-

trémité centrale de la racine postérieure cervicale, ou si l'on aime mieux, comme pour se jeter sur la moelle, et se confond avec cette racine postérieure, tout auprès de la moelle épinière. Le second filet, celui qui se dirige en dehors, se porte en bas et en dehors, vers le trou de conjugaison et rejoint la racine postérieure cervicale avec laquelle il se confond, presque au niveau de ce trou. Ce second filet de communication augmente de beaucoup le volume de la première racine postérieure cervicale, qui serait très grêle sans cette particularité, ainsi que l'a très bien remarqué M. Cruveilhier.

3. M. Simon présente une altération qu'il désigne sous le nom de rupture du cœur.

La pièce provient d'une vieille femme morte ces jours derniers à la Salpêtrière, dans le service de M. Prus. La malade est entrée à midi à l'infirmerie, le 15 février. A sept heures du soir, pendant la visite, M. Simon la trouve dans l'état suivant : elle se plaint de douleurs vagues dans les membres, d'un peu de faiblesse ; le pouls est petit, fréquent, bat de 90 à 95 fois par minute ; les battements du cœur sont sourds, précipités ; la respiration, du reste, est normale, la parole libre et tous les organes paraissent en bon état ; la malade paraissait donc en proie à une simple indisposition. Après que M. Simon l'a quittée, la malade descend de son lit pour aller sur le bassin, remonte seule dans son lit, et cause un instant avec ses voisines. Cinq minutes après, une infirmière de veille trouve la malade morte dans son lit, sans qu'on ait entendu le moindre cri, le moindre effort. — A l'autopsie, faite 38 heures après la mort, toutes les lésions que l'on trouve sont bornées au cœur ; les autres organes sont sains, à part les gros vaisseaux. Le péricarde est fortement distendu, de manière à écarter les poumons, fluctuant et bleuâtre à l'extérieur. Au moment où on l'ouvre, il s'en écoule une grande quantité de sang demi coagulé, qui pèse environ 250 grammes. Sur la face antérieure du ventricule gauche, à peu près à la moitié de sa hauteur, et près de la cloison, se voit au premier abord une perforation dans laquelle s'engage un caillot sanguin. Si l'on examine avec soin, on trouve qu'il existe trois perforations au lieu d'une, deux petites et une grande, toutes trois dirigées dans leur grand axe, obliquement de haut en bas et de droite à gauche, de manière à être parallèles à la direction des fibres superficielles

du cœur en ce point. La plus grande perforation a ses bords dentelés irrégulièrement, et communique jusqu'à dans la cavité ventriculaire par l'intermédiaire d'un foyer inégal, dont les parois sont formées par un tissu musculaire un peu déchiqueté, coloré en brun rougeâtre ou noirâtre dans son intimité par du sang, et d'une consistance bien plus molle que le reste du tissu charnu du cœur. Les deux autres perforations sont deux sortes de fentes presque linéaires, d'un centimètre environ de longueur, régulières, placées l'une à droite, l'autre à gauche de la perforation principale, quoique pas à la même hauteur tout à fait. A côté, se voient encore deux éraillures, mais superficielles et ne dépassant guère le péricarde. A l'intérieur du ventricule, dans le point correspondant à la grande perforation extérieure, se trouve une grande fente ou déchirure, de trois centimètres environ de longueur, remplie par un caillot fibrineux superficiellement, mais noirâtre profondément ; à ce niveau, une des grosses colonnes charnues valvulaires est flottante, suspendue à ses tendons, parce que sa base est détruite. Dans la lèvre de cette déchirure, vient aussi aboutir, outre la grande perforation, la petite perforation extérieure droite ; quant à la gauche, elle vient aboutir isolément dans la cavité ventriculaire entre deux colonnes charnues. L'endocarde est altéré près de sa déchirure ; il présente par points nombreux et épars des épaississements d'un gris blanchâtre, granuleux, et même on remarque çà et là quelques traces d'éraillure. Pas d'hypertrophie.

A propos de ces altérations du cœur, M. Richard cite un cas des plus remarquables qu'il a pu remarquer à Bicêtre avec MM. Natalis Guillot et Rochoux, et notre collègue, M. Thibaut. Un domestique de M. Rochoux tomba mort tout-à-coup, comme foudroyé. A l'autopsie, on trouva une perforation du cœur, produite par une cause singulière ; c'était un anévrysme de l'artère coronaire, qui avait usé peu à peu, en la refoulant, la paroi ventriculaire, et avait fini par la perforer complètement. Le fait a été rapporté par M. Guillot à l'Académie de médecine et publié par notre collègue, M. Peste, dans les *Archives de médecine*.

M. Depaul rappelle une discussion qui a déjà eu lieu à propos des ouvertures du cœur, et dit que c'est une erreur d'appeler les lésions semblables à celles que présente M. Simon, des ruptures ; ce sont des perforations consécutives à une maladie particulière,

dont le mécanisme ne peut nullement être comparé à celui des ruptures dans les autres organes creux. M. Bonnet dit à l'appui de cette opinion, que les parois des trajets lui paraissent atteints de ce qu'on appelle ramollissement rouge.

L'artère aorte, qui fait suite à ce cœur perforé, offre à leur plus haut point tous les degrés de la transformation crétacée. Presque la totalité de la membrane interne est soulevée par des épaissements cartilagineux avec lesquels elle se confond ; ces épaissements sont crétacés dans plusieurs endroits, et, dans quelques autres, ils ont déchiré, détruit la membrane interne, en sorte que là le sang se trouvait en contact avec la substance crétacée elle-même, des plaques épaissies. — La peau de la malade présentait aussi quelques taches de purpura.

4. M. Richard met sous les yeux de la Société le cœur d'un jeune homme mort dernièrement dans le service de M. Briquet, à l'hôpital Cochin, à la suite d'une pleuro-pneumonie datant de quelques jours, lors de l'entrée du malade. Auparavant, le malade était sujet à s'enrhumer tous les hyvers, mais n'avait plus rien pendant l'été ; depuis trois mois seulement il éprouvait habituellement du malaise, de la toux, de l'oppression, des palpitations ; il n'avait jamais eu d'œdème. — Le premier jour de son entrée, on constata une matité notable à la région précordiale ; bruits du cœur à timbre métallique, réguliers ; le premier bruit seulement est accompagné d'un léger bruit de souffle lointain que l'on entend au niveau et en dedans du mamelon, bien que le summum des bruits normaux s'entende en haut, près du sternum. Distension de la veine jugulaire externe droite ; locomotion légère et bruit de souffle prolongé, unique dans les carotides. — Ce n'est que les jours suivants que l'on a trouvé un bruit de souffle au second temps ; la veille de la mort, au moment où les bruits normaux étaient devenus sourds, ce bruit de souffle semblable à un bruit de scie fine, très prononcé et masquant même le second bruit, s'entendait très bien jusqu'au haut du sternum. A l'autopsie, on trouve le cœur hypertrophié ; 11 centimètres de hauteur des ventricules, 13 centimètres de largeur. L'endocarde du ventricule gauche est épaissi et opaque sur plusieurs points ; à la valvule mitralé, il en résulte un épaissement et une rigidité qui produisent un rétrécissement incontestable auriculo-ventriculaire, mais sans insuffisance. Les valvules aortiques, épaissies et

raides, entourent aussi un orifice rétréci ; en versant de l'eau par l'aorte, elle ne passe pas dans le ventricule ; mais l'insuffisance n'est empêchée que par des végétations un peu mollasses, implantées comme des choux-fleurs sur les bords des valvules sigmoïdes, et obturant complètement par leur rapprochement mutuel le calibre artériel pendant l'abaissement insuffisant des valvules sigmoïdes rigides. Si donc l'on s'en rapporte à cette expérience, le premier bruit entendu pendant la vie aurait été produit par le rétrécissement aortique, tandis que celui du second temps aurait été produit par le rétrécissement auriculo-ventriculaire. Mais M. Richard ne croit pas que cette expérience cadavérique prouve réellement la suffisance artérielle.

M. Mailliot demande à M. Richard de vouloir bien préciser le siège des bruits, car, tels qu'ils sont indiqués, ils devraient s'entendre dans des points inverses à ceux que signale M. Richard. Ainsi le souffle pendant le premier bruit, dû au rétrécissement aortique, doit s'entendre par en haut, vers le sternum, et non par en bas, vers le mamelon. — M. Richard certifie que les bruits ont été bien entendus dans les lieux qu'il a signalés, et dans les notes prises au lit du malade, jour par jour, qu'il nous soumet, les indications sont, en effet, fort précises.

Sur cet incident, M. Barth croit que ce qu'il y a de moins précis, de moins rigoureux dans l'étude des bruits anormaux du cœur, c'est tout ce qui est relatif à leur siège exact. Il n'est pas rare, par exemple, de voir des malades chez lesquels tout indique que l'orifice aortique est malade, bien que le bruit anormal, produit par la lésion de cet orifice, ne s'entende pas à son niveau. Le cœur peut se déplacer, et offrir tant de variétés, que ces résultats ne doivent pas étonner. A part ces particularités, il est souvent très facile de s'expliquer pourquoi un bruit, produit dans un point du cœur, s'entend mieux dans un autre point ; c'est que ce dernier s'applique plus exactement sur les parois thoraciques, et leur transmet mieux les vibrations qu'il a reçues ; les choses se passent alors comme dans certains anévrysmes, qui ne se dilatent plus, qui ne produisent pas de bruit par eux-mêmes, mais au niveau desquels on entend très bien le retentissement des bruits du cœur : c'est qu'entre l'anévrysme et le cœur, l'artère éloignée des parois thoraciques ne peut pas leur

transmettre ses vibrations, comme le fait l'anévrysme exactement appliqué sur elles.

Ce matin même, M. Mailliot a observé un fait fort curieux qui vient à l'appui des réflexions précédentes de M. Barth : chez une femme morte à la suite d'emphysème pulmonaire, les poumons recouvraient largement la base du cœur, et ne laissaient que la pointe à découvert. Aussi, pendant la vie, les deux bruits, le second, tout comme le premier, ne s'entendaient-ils bien qu'au niveau de la pointe du cœur.

Pour en revenir au fait présenté par M. Richard, M. Barth ne croit pas que le second bruit de souffle ou de scie fût dû au rétrécissement auriculo-ventriculaire. Il rappelle combien sont rares dans la science, puisqu'on les compte, les faits de bruit de souffle au second bruit, sans insuffisance aortique ; il croit, d'ailleurs, que dans le cœur, on ne peut pas juger exactement, après la mort, de ce qui existait pendant la vie ; tel orifice était insuffisant pendant la vie, qui paraît suffisant à l'autopsie cadavérique. Dans le fait de M. Richard, et malgré l'expérience contradictoire faite sur le cadavre, M. Barth croit que l'orifice aortique, tel qu'il est constitué, devait être insuffisant. Cette insuffisance explique pour lui le souffle du second bruit, et d'ailleurs permet beaucoup mieux de comprendre pourquoi ce souffle ou bruit de scie se propageait jusqu'en haut du sternum.

5. M. Mercier montre un nouveau percuteur qui offre la réunion du percuteur à ceillère et du percuteur fenêtré ; ce percuteur a été inventé par lui, afin de remédier au tassement de la poussière des calculs qui se fait surtout à l'angle de réunion des branches de celui à ceillère, et pour que l'instrument ait la même force de résistance que celui fenêtré. Dans ce but, le percuteur de M. Mercier est fenêtré au niveau de la courbure, où il est très épais d'avant en arrière, tandis que près de leur extrémité, chacune des branches est aplatie d'avant en arrière pour représenter le percuteur à ceillère moins la concavité ; sur cette surface plate sont saillies des pointes destinées à retenir le calcul ou ses fragments. — Une sonde particulière à double courant est employée par M. Mercier, lorsqu'il faut dans certaines conditions spéciales expulser rapidement de la vessie les fragments du calcul brisé.

Tumeur encéphaloïde du cou. Compression de la trachée et de l'œsophage. Perforation du pharynx.

Observation présentée par M. JARJAVAY, prosecteur
de la Faculté de Médecine.

Un homme de 45 ans est entré, le 21 décembre 1845, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 21.

Cet homme, dont la constitution est ordinaire, s'est bien porté jusqu'à ces dernières années. Il y a un an et demi, à peu près, il s'est aperçu d'une tumeur qui apparaissait sur le côté droit du cou. Mais cette tumeur était indolente, et il s'en est peu occupé à ce moment. Depuis ce temps la tumeur n'a cessé de grossir, et enfin elle est parvenue à un état considérable. Aujourd'hui elle offre près d'un décimètre dans son diamètre transversal, et six centimètres dans son diamètre vertical. Elle occupe tout le côté gauche du cou. Elle fait une saillie très considérable sous la peau qui cependant n'est pas altérée, et qui ne fait point corps avec elle, car elle est mobile sur la surface de la tumeur. Cette tumeur est molle et fongueuse, plutôt que fluctuante ; on reconnaît avec le doigt qu'elle est formée d'un tissu très mou. Elle a refoulé le larynx à gauche, et cet organe se trouve actuellement situé en dehors de l'axe du corps. L'artère carotide primitive est refoulée à droite, et l'on sent manifestement ses battements au côté droit de la tumeur. On voit encore les attaches supérieures et les attaches inférieures du muscle sterno-cléido-mastoldien ; mais le corps entier du muscle disparaît dans le centre de la tumeur avec laquelle il se confond complètement. Il existe d'autres tumeurs dans l'arrière-bouche. On ne les aperçoit pas quand le malade ouvre simplement la bouche ; il faut abaisser la langue au moyen du doigt porté le plus loin possible sur cet organe ; par ce moyen on arrive à apercevoir une nouvelle masse assez

grosse, globuleuse, mamelonnée, qui occupe la partie antérieure du côté gauche du pharynx, et qui tient à l'épiglotte. La couleur de cette tumeur est d'un gris violacé. Enfin on sent une troisième tumeur qui est située plus bas, et qui présente les mêmes caractères que les deux premières. Quand on presse avec une main les tumeurs du gosier, et avec l'autre, celle du cou, on reconnaît qu'elles sont dans une indépendance mutuelle, les unes par rapport aux autres ; car la pression exercée sur celles de l'intérieur ne retentit pas dans celle qui fait saillie à l'extérieur.

Ces masses, qui, selon toute apparence, sont de nature encéphaloïde, ne font point souffrir le malade, et il est probable qu'elles pourraient lui permettre de vivre encore pendant plusieurs mois, si elles ne compromettaient immédiatement ses jours par une gêne toute mécanique qu'elles apportent dans l'accomplissement de fonctions très importantes. La compression qu'elles exercent, celles surtout situées à l'intérieur, sur la trachée et l'œsophage, met incessamment le malade dans le danger de mourir par inanition ou par suffocation. Il y a trois semaines environ que ces accidents ont commencé à paraître, et depuis ce moment ils vont sans cesse en augmentant d'intensité. Le malade ne peut plus avaler, et il ne respire qu'à peine et avec bruit. Crachements sanguinolents.

Pour prolonger le plus long temps possible la vie du malade, on lui injecte tous les jours du bouillon dans l'estomac, au moyen de la sonde œsophagienne. Du reste, l'état de la maladie est tel, qu'il n'y a pas lieu de songer à une opération pour en débarrasser le malade.

Depuis l'entrée de cet homme à l'hôpital, son état paraît augmenter de gravité à chaque instant. La respiration devient de plus en plus gênée ; elle se fait chaque jour avec plus de bruit et avec plus de gêne. Le malade éprouve de jour en jour plus de difficultés pour parler.

26 décembre. — L'état du malade est très grave. La gêne

de la respiration est à son maximum ; elle est extrêmement bruyante ; la mort est imminente. Le malade meurt dans la matinée, vers onze heures.

Autopsie faite 48 heures après la mort. — L'autopsie montre qu'il n'existait qu'une seule tumeur à plusieurs bosselures, tumeur formée par un tissu encéphaloïde qui commençait à se ramollir. Cette tumeur, placée sur le côté du pharynx, dans le tissu cellulaire lâche qui sépare cet organe de la colonne vertébrale revêtue de ses muscles, avait perforé la paroi droite du pharynx, et avait envoyé dans son intérieur une végétation considérable. Cette masse, à peu près du volume et de la forme d'un petit œuf, était la tumeur que l'on sentait avec le doigt, quand on portait cet organe dans le fond de la cavité buccale. Elle était placée immédiatement au-dessus de l'épiglotte, de manière à fermer complètement l'ouverture du larynx. De plus, par sa position dans le pharynx, elle empêchait toute espèce de passage des aliments de la bouche dans l'œsophage. Cette tumeur ne tenait presque plus avec le reste de la masse, et paraissait sur le point de s'en détacher. Elle n'adhérait nullement par sa base à l'ouverture pharyngienne qu'elle avait pratiquée ; cette ouverture était faite comme par un emporte-pièce ; les bords et les parties voisines ne présentaient pas la moindre trace de dégénérescence. Les autres organes étaient sains.

Apoplexie méningée double, enkystée dans la cavité arachnoïdienne.

[Résumé de l'observation présentée par M. REILHAC
et rapport par M. DÉSORMEAUX.

Gautier, charpentier, âgé de 57 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Honoré, le 6 avril 1845, fait remonter l'ori-

gine de sa maladie à une chute qu'il a faite six mois auparavant. Cependant ce n'est que depuis peu de jours qu'il a cessé de travailler.

Il présente les symptômes suivants :

Résolution des membres inférieurs et du membre supérieur gauche ; légère contracture du membre supérieur droit ; point de déviation de la bouche, parole lente et embarrassée ; l'intelligence paraît saine ; les réponses sont justes mais lentes et se font attendre ; la sensibilité est conservée même dans les membres paralysés du mouvement ; lorsqu'on pince le malade, sa physionomie exprime la douleur, mais ce n'est qu'après quelque temps qu'il se plaint. Le poulx est petit, fréquent, il y a de la constipation.

Le 9 et le 10 avril coma profond.

Le 11 délire, poulx dur et fréquent, contracture des membres supérieurs.

Plus tard, le coma revint de plus en plus profond ; puis le malade fut pris d'un hoquet continu, et succomba le 4 mai.

A l'autopsie on trouva deux kystes sanguins considérables de même forme et de même volume, ayant environ trois pouces dans leur plus grand diamètre, et occupant de chaque côté la région temporale. Leur paroi était formée par une fausse membrane de nouvelle formation tapissée à sa face interne par des caillots sanguins. Ces kystes étaient situés dans la cavité de l'arachnoïde à laquelle ils adhéraient faiblement, et, chose remarquable, après qu'on les avait séparés de l'arachnoïde pariétale, cette membrane séreuse paraissait avoir conservé son aspect lisse, comme vous avez pu le constater sur la pièce que vous a présentée M. Reilhac. La substance cérébrale était comme enfoncée dans les points correspondant au kyste. Les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés de sang. Le cerveau offrait, dans les coupes que l'on y pratiqua, sa consistance et sa couleur normales ; seulement ses vaisseaux paraissaient un peu dilatés.

Cette observation nous a paru remarquable en différents points. Dans les autres cas du même genre, on n'a jamais noté une aussi faible altération de l'arachnoïde en rapport avec une fausse membrane organisée. Cette circonstance explique sans doute le peu de symptômes de méningite que l'on a observés.

Sans doute, la lenteur avec laquelle les épanchements se sont formés, pourrait expliquer comment la paralysie était restée incomplète; mais comment avec deux épanchements semblables et volumineux des deux côtés du cerveau, la paralysie n'a-t-elle existé que d'un côté, tandis que de l'autre on n'a observé que de la contracture?

Mais ce qui vous semblera peut-être plus curieux, c'est l'étiologie de cette affection.

Après avoir fait une chute, Gautier peut continuer son travail pendant six mois, et c'est après ce long espace de temps qu'il ressent les premiers symptômes de l'hémorragie arachnoïdienne. On serait tenté de rejeter toute relation entre ces deux faits, s'il n'existait déjà des observations analogues dans la science; mais il en est quelques-unes qui peuvent être rapprochées de celle de M. Reilhac.

Dans une observation de M. Neucourt, rapportée par M. Prus, une chute sur la tête ne fut suivie, pendant un mois, que de céphalalgie; après ce temps, il survint de la stupeur, de la somnolence, du coma, de la résolution des membres; et, après la mort, on trouve dans la cavité arachnoïdienne, un épanchement de sang limité par des fausses membranes.

Dans la troisième observation de M. Andral, une chute sur la tête amena des accidents pour lesquels le malade fut trépané; il guérit, et jouit quelque temps d'une *parfaite santé*. Puis survinrent des accidents cérébraux; le malade mourut au bout de huit jours de maladie, et l'autopsie montra un double épanchement arachnoïdien limité par des fausses membranes.

Nous pensons donc que l'on devra dans les observations d'hémorrhagie de l'arachnoïde, tâcher de remonter à la cause, pour constater l'influence de violences antérieures sur la production de cette maladie.

Nous avons donné le cas rapporté par M. Andral comme une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, bien qu'il l'ait décrite comme située entre cette membrane et la dure-mère, mais nous pensons que l'opinion de la Société Anatomique est bien établie sur le siège de ces collections, et d'ailleurs M. Andral lui-même; dans la suite de son ouvrage, cite ce même cas comme un exemple d'hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne.

Calcul vésical d'un volume considérable. — Hypertrophie de la vessie. — Dilatation des uretères et des reins; néphrite. — Anomalie des uretères, qui sont au nombre de trois.

Observation recueillie par M. Cusco, aide-d'anatomie.

Le nommé Bocquet (Romain-Alexis), vigneron, âgé de 60 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 19 décembre 1845, pour s'y faire traiter d'une maladie des voies urinaires dont il a ressenti les premières atteintes il y a plus de douze ans.

Cet homme avait déjà été examiné par plusieurs médecins qui avaient reconnu l'existence d'un corps étranger dans la vessie, et l'avaient engagé à réclamer les secours de la chirurgie; mais il attendit toujours et ne s'y résolut qu'à la dernière extrémité. Les secousses et les cahots de la voiture qui l'amena à Paris, ainsi que la course à pied qu'il fut obligé de faire à son arrivée pour se rendre à l'hôpital, déterminèrent chez cet homme, des accidents tellement gra-

ves qu'il y succomba au bout de quelques jours, malgré le traitement énergique auquel il fut soumis.

Ces accidents consistèrent en une douleur très vive de la région lombaire, particulièrement à droite, accompagnée d'une fièvre intense, de nausées, de vomissements, puis bientôt, de délire et de coma. La mort survint le 24 décembre, avant qu'on ait pu songer à pratiquer aucune opération, et sans que le chirurgien ait fait autre chose que de constater par le cathétérisme la présence d'un énorme calcul occupant toute la cavité de la vessie.

A l'autopsie, l'examen porta spécialement sur l'appareil urinaire qui présentait des lésions profondes, siégeant principalement dans les reins, les uretères et la vessie.

Les deux reins sont malades, quoiqu'à un degré différent; les altérations qu'ils présentent se rapportent à l'*inflammation* et à la *dilatation* de leurs cavités.

Rein gauche. — Il présente à peine le volume normal; sa surface est mamelonnée comme chez le fœtus, ce qui prouve l'atrophie de sa substance corticale. La membrane propre du rein peut être facilement enlevée, et laisse voir à nu la substance rénale d'un rouge pâle et parsemée de points blanchâtres. Le rein étant incisé, on reconnaît les traces d'une inflammation chronique, la dilatation des calices et du bassin, et l'amincissement général de l'organe.

Rein droit. — Le tissu cellulo-graisseux qui l'entoure est enflammé, et a contracté des adhérences avec les parties voisines. Le péritoine qui passe au devant du rein, présente une arborisation vasculaire prononcée; mais il n'y a à sa surface ni pseudo-membranes, ni liquide purulent. Ce rein est extrêmement volumineux. Distendu et aminci par le liquide urinaire, il ressemble à un kyste. Examiné plus attentivement, il paraît formé de deux portions, je dirais presque, de deux reins distincts, quoique continus : un rein supérieur, sur lequel a porté principalement la dilatation, et dont les parois n'ont, en effet, que quelques millimètres d'épaisseur;

un rein inférieur, beaucoup moins dilaté, mais bien plus profondément altéré par l'inflammation. Sa surface présente en effet, une multitude de points blanchâtres ramollis, qu'une incision démontre être de petits abcès. Il y a suppuration générale du rein, résultant d'une inflammation aiguë entée sur une inflammation chronique.

J'ai distingué au rein gauche *deux lobes* presque indépendants l'un de l'autre; cette division devient bien plus manifeste, et n'est plus que l'expression simple d'un fait, si l'on porte l'attention sur le bassin et l'uretère.

En effet, de chacun de ces deux lobes du rein, procède un bassin particulier, auquel fait suite un uretère; cette anomalie, qui n'est pas très rare, lorsque les deux uretères vont se réunir l'un à l'autre avant de traverser la paroi vésicale, est poussée aussi loin que possible dans ce cas, puisque les deux uretères marchent distincts jusque dans le petit bassin; qu'en traversant la vessie, ils s'adossent seulement; et qu'ils ne s'abouchent définitivement qu'au niveau même de leur orifice vésical. Je crois d'ailleurs, qu'il existe un certain rapport entre cette disposition anatomique et quelques-unes des lésions observées, et je reviendrai sur ce point.

Le bassin supérieur, qui fait suite au kyste rénal, présente une dilatation énorme, dont on peut approximativement se faire une idée d'après le diamètre de la poche, après l'incision (20 centimètres). L'uretère correspondant se dirigeait flexueux vers le bassin, ayant acquis, distendu par l'urine, le volume de l'intestin grêle; ses parois ont subi un épaissement proportionnel, et les fibres musculaires y sont manifestes.

Le bassin et l'uretère qui procèdent du lobe inférieur du rein droit, sont beaucoup moins dilatés, et peuvent être comparés, sous ce rapport, au côté gauche.

L'urine n'a pas les mêmes caractères dans ces différentes poches. Elle est très purulente, fétide et mélangée de détri-

tus muqueux dans le bassin et l'uretère inférieurs ; on y trouve aussi quelques concrétions d'acide urique. Elle est moins altérée dans la poche principale.

La vessie, moulée exactement sur un corps dur qu'elle renferme, a la forme d'un ovoïde, un peu comprimé d'avant en arrière, et dont la grosse extrémité est inférieure. Par suite d'une conformation vicieuse du bassin, conformation telle que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que *six centimètres*, la vessie se trouve enclavée exactement dans ce sens, à tel point que le rectum, au lieu de lui être postérieur, plonge à côté d'elle, dans le bassin. La tunique musculieuse a pris un développement excessif ; elle donne à la vessie une épaisseur d'un centimètre, et plus même, vers le bas-fond. La paroi antérieure de la vessie est incisée dans toute son étendue. On aperçoit alors un calcul énorme, remplissant exactement le réservoir urinaire, mais nullement adhérent à la muqueuse. Cette dernière membrane est à peine altérée, nullement injectée, pâle dans toute l'étendue du bas-fond de la vessie et jusque vers le milieu de sa paroi postérieure. En ce point, on voit des fongosités mollasses, saignantes et développées, disposées en forme de zone horizontale ; au-dessus de cette ligne, la muqueuse est un peu ramollie et injectée. Point de colonnes charnues, saillantes à l'intérieur, très peu d'urine purulente, mêlée de détritits pseudo-membraneux.

Le col vésical est singulièrement peu altéré ; il n'est pas dilaté, ni déformé par le développement du lobe moyen de la prostate ; et cette dernière glande présente à peine plus de volume qu'à l'état normal. Il n'en est pas de même des deux autres angles du trigone vésical.

L'orifice de l'uretère gauche est normal ; obliquement taillé dans la muqueuse, il est à peine apparent, et n'admet qu'un stylet ordinaire. Du côté droit, au contraire, l'orifice est béant, assez large pour admettre l'extrémité du petit doigt, et cet orifice correspond directement à l'uretère le

plus dilaté, celui qui descend du lobe supérieur du rein droit.

Quant à l'uretère, il vient s'ouvrir en bec de flûte sur un point du pourtour du large orifice précédemment décrit.

L'uretère est sain dans toute son étendue.

Le calcul renfermé dans la vessie est ovoïde ; son extrémité inférieure est un peu plus volumineuse que la supérieure. Sur sa face postérieure et vers le milieu de sa hauteur, on voit une gouttière assez profonde, qui rappelle celles qui se forment souvent sur les calculs volumineux, de l'orifice des ureteres à celui de l'urètre. Mais cette gouttière est transversale ; elle ne correspond nullement aux uretères, et, en replaçant le calcul dans la vessie, on s'assure qu'elle est en rapport avec la zone de fongosités qui existe sur la paroi postérieure de la muqueuse vésicale. C'est donc uniquement au développement de ces fongosités qu'est due la dépression circulaire du calcul. Celui-ci a une surface rugueuse, mamelonnée, mais dépourvue d'aspérités saillantes ; il est grisâtre, et n'a pas l'aspect des calculs muraux.

Voici ses dimensions, son poids et son volume :

Poids ,	178 grammes.
Volume ,	101 centimètres cubes.
Densité ,	1,75 (celle de l'eau étant prise pour unité).

Circonférence verticale transverse, 217 millimètres.

— — antéro-postérieure, 200 millim.

— horizontale , 160 millim.

Diamètre vertical , 78 millim.

— transversal , 52 millim.

— antéro postérieur , 44 millim.

La coupe du calcul, suivant un plan transversal, montre qu'il est formé par une superposition régulière de cinq couches concentriques.

Composition chimique. — Couche superficielle très mince de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les couches subjacentes jusqu'au centre, sont toutes identiques, et sont formées d'acide urique.

Quelques traces d'oxalate de chaux.

Parmi les nombreuses observations auxquelles peuvent donner lieu tant d'altérations diverses et intéressantes, je me bornerai à quelques remarques sur la dilatation des uretères et des reins, et sur les causes de cette dilatation, qui me paraissent différer sensiblement de celles auxquelles on l'attribue généralement.

La distension du rein et la dilatation de l'uretère sont ordinairement attribuées à un obstacle au passage de l'urine dans la vessie, obstacle qui consiste le plus souvent dans un calcul engagé dans l'uretère, mais qui peut tenir aussi à la compression par quelque tumeur, au rétrécissement, à l'oblitération même, par des adhérences de l'orifice inférieur de cet uretère. Aucune de ces causes n'existe dans l'observation dont il s'agit ici, et force est bien de recourir à une autre explication. Par suite d'une anomalie, il existait chez notre malade trois uretères ; un seul a présenté une dilatation considérable, et c'est précisément celui dont l'orifice inférieur, loin d'être comprimé ou obstrué, est, au contraire, le plus dilaté, et le plus éloigné de la disposition normale. Les deux autres ont conservé leur trajet oblique à travers la paroi vésicale et leur ouverture en bec de flûte. C'est donc précisément à la déformation de son orifice inférieur, à la communication permanente d'un des uretères avec la vessie, que j'attribue la dilatation énorme de ce conduit. En effet, par suite de cette disposition, il y avait reflux de l'urine, de la vessie dans l'uretère et jusqu'au rein correspondant, et ces différents organes avaient à supporter la pression d'une colonne de liquide considérable. Mais la vessie, hypertrophiée depuis long temps sous l'influence de l'iritation continuelle excitée par le calcul, résistait sans se distendre à cette pression, tandis que l'uretère a dû y céder.

*Cancer encéphaloïde de la vessie; dilatation des uretères obstrués
à leur extrémité.*

Observation recueillie par M. OZANAM.

Le nommé Vallorus (Pierre-Etienne), qui fait le sujet de cette observation, était âgé de 66 ans ; sa taille était petite, et sa santé ordinairement bonne. Il portait cependant sur lui de nombreuses traces de rachitisme. A l'âge de 25 ans environ, il eut, à la suite d'un bain froid, une fièvre intermittente. Il garda cette fièvre pendant six mois, au bout desquels il parvint à guérir, en buvant de la décoction de quinquina.

Depuis-lors, sa santé était restée très bonne ; et lorsqu'il éprouva les premières atteintes de la maladie qui l'a enlevé, sa constitution paraissait encore florissante.

L'hiver dernier, Vallorus ressentit quelques douleurs dans le bas-ventre ; ces douleurs n'étaient pas lancinantes, c'était plutôt une pesanteur et une tension générale et douloureuse. Vers la même époque, le malade éprouva une incontinence d'urine. Ses urines coulaient goutte à goutte, et à chaque instant, indépendamment de sa volonté. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'infirmerie ; il passa plusieurs mois dans le service de M. Rochoux et de M. Maisonneuve ; mais il ne voulut jamais se laisser sonder, et sortit au bout de quelque temps, disant qu'il allait mieux.

Le 20 octobre, il rentra pour la dernière fois, dans les salles de M. Pelletan, à Bicêtre. Il y resta plusieurs jours, se plaignant seulement d'un état de faiblesse générale, et ayant souvent de la fièvre.

Le 8 novembre, époque à laquelle je venais d'entrer dans le service, j'examinai le malade pour la première fois, et constatai l'état suivant :

Le malade était fort amaigri, pâle décoloré, offrant une teinte légèrement jaune. Son poulx était plein, fort et fréquent.

Ses forces, disait-il, avaient beaucoup diminué depuis le commencement de sa maladie. Il éprouvait des douleurs dans les reins, les lombes, et quelquefois au bas-ventre, mais rarement. Ses urines coulaient indépendamment de sa volonté. On sentait à l'hypogastre, au niveau de la vessie, une tumeur ovoïde, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, offrant absolument la forme de la vessie dans la rétention d'urine. On y sentait une fluctuation obscure ; la matité était complète à son niveau. Comme la contraction des muscles droits pouvait rendre la fluctuation difficile à déterminer, et que d'ailleurs le malade paraissait uriner par regorgement, l'on crut à une rétention d'urine.

Le catéthérisme, essayé à plusieurs reprises, fut impuissant ; la sonde paraissait bien s'enfoncer jusque dans la vessie, mais elle n'arrivait qu'avec peine ; pas une goutte d'urine ne coulait, et, lorsqu'on retirait l'instrument, on le trouvait bouché par des caillots de sang.

M. Maisonneuve fut appelé et essaya de nouveau le catéthérisme ; l'urine ne coula point, quoique la profondeur à laquelle était parvenu l'instrument semblât indiquer qu'il était dans la vessie. On se décida alors à pratiquer la ponction hypogastrique. Elle fut faite à un pouce environ au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, au point où l'on sentait la fluctuation bien marquée. Il fallut enfoncer le trocart avec force et profondément pour parvenir dans la cavité ; deux ou trois cuillerées d'urine s'écoulèrent aussitôt, puis le jet s'arrêta. Le trocart fut enfoncé de nouveau, à un pouce environ au-dessus de la ponction première, et promené dans tous les sens, mais avec difficulté ; on sentait une résistance insolite qui empêchait l'instrument de manœuvrer. Rien ne coula par son orifice, si ce n'est quelques gouttes de sang pur. En retirant le trocart, on le trouva bouché par un lambeau de substance blanche, molle, caséuse, qui, examinée avec soin par M. Maisonneuve, fut reconnue pour de la matière encéphaloïde.

La présence et la nature de ce corps, l'écoulement du sang pur, le peu de fluctuation, que l'on ressentait, indiquaient donc que la vessie était remplie par d'énormes fongosités encéphaloïdes qui en avaient dilaté les parois, et qui ne laissaient au milieu qu'une très petite cavité occupée par l'urine.

Immédiatement après l'opération, on donna un bain au malade, et trente sangsues furent appliquées au périnée. Les ponctions furent fermées avec du diachylum.

La journée fut assez bonne, sauf une légère fièvre qui s'éleva et dura tout le jour suivant.

Le 9, le malade ne souffrit pas, mais la nuit avait été agitée. On prescrivit un nouveau bain, des cataplasmes laudanisés et un julep diacodé.

Le 10, le pouls était dur et fréquent, le malade n'avait pas reposé, malgré sa potion laudanisée. Le bas-ventre était sensible, les ouvertures du trocart étaient presque entièrement cicatrisées.

Le 13, la fièvre était forte, le pouls fréquent et plein, l'hypogastre toujours sensible ; une saignée de 300 grammes fut pratiquée.

Pendant les jours suivants, du 14 au 18, le malade tomba dans une prostration très grande ; sa figure, ses traits s'affaissèrent ; le malade se plaignait de coliques violentes, accompagnées de ténésme ; la fièvre était de plus en plus vive.

Vallorus succomba le 21 novembre, à sept heures du matin. Pendant les derniers jours, ses urines furent recueillies et examinées avec soin ; elles laissaient déposer une matière purulente, jaunâtre, épaisse, due à la matière cancéreuse ramollie, comme nous avons pu le reconnaître ensuite par l'autopsie.

A l'autopsie, nous constatâmes d'abord les déformations les plus graves des membres et de la colonne vertébrale. Le fémur offrait des courbures très exagérées ; les tibias étaient

presque ronds, au lieu d'être triangulaires ; à leur partie moyenne se trouvait une courbure très prononcée ; une courbure du même rayon se remarquait sur le péroné. La colonne vertébrale était fortement cambrée en avant, à la région lombaire, beaucoup plus qu'à l'état normal. Le bassin était fort rétréci, surtout par la saillie de l'angle sacro-vertébral ; son diamètre antéro-postérieur n'était guère que de deux pouces, et la vessie s'y trouvait maintenue et comprimée.

Le volume de la vessie n'était pas très considérable. Sa longueur était d'environ six pouces, sa largeur de quatre pouces, son épaisseur d'environ deux pouces et demi pour la portion qui avait dépassé le pubis, moindre pour celle qui occupait le bassin. Le péritoine qui la recouvrait était fort épaissi ; il avait perdu sa transparence, et offrait une couleur d'un blanc laiteux. La couche musculaire était devenue fibreuse ; on apercevait dans son épaisseur une foule de petites granulations, à demi transparentes, premier degré de la transformation encéphaloïde. Enfin des artères d'un volume considérable se rendaient à la vessie. Les veines dilatées, qui se rendaient à la vessie, contenaient des caillots mêlés de substance encéphaloïde.

Lorsqu'on ouvrit la vessie, il s'en échappa aussitôt un flot d'une matière pultacée, caséeuse, d'une couleur jaunâtre. Dans ce liquide nageaient des flocons, des grumeaux de même nature, mais moins ramollis ; plusieurs étaient encore adhérents aux parois vésicales. Celles-ci, dans toute leur étendue, en avant, en arrière, sur les côtés, étaient couvertes de végétations épaisses souvent d'un pouce, d'une consistance cérébrale, recouvertes à leur surface d'une foule de petits vaisseaux qui leur donnaient un aspect rosé. Plusieurs de ces végétations proéminaient sous forme de polypes dans la cavité fort rétrécie de l'organe ; à droite, la vessie présentait une espèce de sac, de diverticulum, du volume d'une noix, et remplie de substance encéphaloïde.

Un seul point était resté intact au milieu de cette vaste dégénérescence. Situé à la partie postérieure et supérieure de la vessie, il occupait un espace d'un à deux pouces de long sur un pouce de large ; on y apercevait plusieurs colonnes charnues.

La transformation cancéreuse s'arrêtait, par une ligne brusque et bien tranchée, à l'orifice de l'urètre, dont les parois et la muqueuse n'offraient aucune altération.

Les autres organes étaient sains ; les poumons très vastes ; le foie, au contraire était petit ; la base du poumon gauche était splénisée ; nulle part nous ne rencontrâmes de l'encéphaloïde. Mais une altération tout à fait mécanique se faisait remarquer dans les reins.

L'orifice interne des uretères dans la vessie étant rétréci et obstrué par les fongosités, l'urine avait dilaté progressivement les uretères et le bassin, de telle sorte que ceux-ci offraient le volume d'une noix, et que les uretères avaient le diamètre du doigt indicateur.

La prostate, examinée avec le plus grand soin, n'offrait aucune espèce d'altération, circonstance qu'il importait de noter ; car un grand nombre d'affections regardées comme des cancers de la vessie, ne sont, au commencement, que des cancers de la prostate (1). Ici, le tissu même de la vessie était affecté ; c'était donc bien un cancer de la vessie qui s'était offert à notre observation.

Carcinome de l'estomac. — Gangrène du foie.

Observation recueillie par M. STUART COOPER.

Le 9 décembre 1845, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, service de M. Rostan, le nommé Duchatelet

(1) C'est tout le contraire. (*Note des rédacteurs*).

(Jean), âgé de 51 ans, né à Paris, exerçant la profession de marchand ambulant, d'une constitution assez robuste et d'un tempérament lymphatique.

Il habite des lieux secs et assez salubres. Sa nourriture, depuis quelque temps surtout, a été peu restaurante, et il a eu l'habitude de boire beaucoup de spiritueux.

Son père et sa mère sont morts à un âge avancé ; le premier d'une hémorrhagie cérébrale, la seconde d'une affection aiguë de la poitrine. Sa sœur a succombé à la suite d'une chute qui a donné lieu à un abcès du foie probablement, puisque, d'après notre malade, elle a eu un dépôt au côté droit. En un mot, d'après lui et les siens, aucun membre de sa famille ne paraît avoir été atteint de carcinôme. Cependant des renseignements assez vagues font mention d'une tante qui avait eu une sorte de tumeur au creux de l'estomac, et j'ai eu occasion d'examiner le cousin du malade qui est venu le voir à l'hôpital, et qui est atteint d'une affection analogue, mais moins avancée, et développée sous l'influence des mêmes causes occasionnelles ; le père de celui-ci est mort d'une affection du pylore.

Sa santé n'a jamais été gravement altérée. C'est l'hiver dernier qu'il éprouva les premiers symptômes de la maladie dont il souffre, symptômes qui se sont manifestés par des tiraillements d'estomac, qu'il apaisa par des gorgées de vin et d'eau-de-vie.

Au mois de juillet, le malade éprouva un dérangement notable dans ses digestions. Des renvois aqueux et gazeux survinrent à la suite des repas. Les premiers étaient acides, et produisaient dans la gorge la sensation d'une chaleur âcre. Bientôt ces phénomènes ont été suivis de douleurs vagues dans la région épigastrique, de pesanteurs prolongées après l'ingestion des aliments.

Vers le 15 septembre, il commença à vomir des matières filantes, jaunâtres, quelquefois verdâtres ; plus tard, il vo-

mit ses aliments peu de temps après les avoir mangés. Il ne se rappelle pas avoir rendu de matières noirâtres.

Il n'a pas eu d'hématémèses ; depuis quinze jours il vomit tous ses aliments, excepté des soupes, et ne peut que difficilement se lever.

Etat actuel. — Décubitus dorsal ; chairs molles. La peau est flasque, anémique, d'un blanc sale, comme de la cire qui a vieilli ; elle est sèche. Nulle part le tissu cellulaire n'est œdématisé ; l'impression du doigt ne persiste pas le long de la crête du tibia ni ailleurs.

La tête est d'un volume moyen : cheveux châtons, face non bouffie, mais pâle, avec une légère teinte jaune ; ses yeux sont gris ; lèvres épaisses et blanchâtres. Point de cicatrices ganglionnaires au cou. Poitrine bien conformée et assez fortement constituée.

Légère saillie à la région épigastrique ; les doigts, par la palpation, semblent limiter la paroi antérieure de l'estomac hypertrophié, lisse à sa surface. Cette tumeur est très douloureuse à la pression, et même aux plus petits mouvements ; aussi le malade reste immobile dans son lit.

Les gencives sont blanchâtres ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre ; mauvais goût à la bouche, tantôt amer et bilieux, tantôt acide, surtout après avoir mangé ; l'arrière gorge est blafarde, très pâle, déglutition facile ; la soif est médiocre ; anorexie, nausées et vomissements ; constipation habituelle. Le malade n'a jamais remarqué dans ses selles du sang soit normal, soit altéré et noirâtre.

Diminution des forces, céphalalgie médiocre ; éblouissements et vertiges, lorsque le malade est debout ; insomnie. — 72 pulsations régulières, larges ; mais le pouls est mou et dépressible. — Point de bruits anormaux au cœur, dont l'impulsion est de force moyenne ; point de bruits anormaux dans les artères. — La respiration est gênée, mais volontairement, car le malade redoute la dilatation de la poitrine par

suite de la douleur qu'il en éprouve à la région épigastrique. — Peau sèche, chaleur moyenne ; quelquefois des frissons, mais de peu de durée. — L'urine est limpide, acide, couleur citrine, densité 4007 ; odeur urinaire, mais peu prononcée ; elle n'est pas albumineuse, elle ne contient pas de sucre ; soumise au microscope, elle présente quelques cristaux d'acide urique. La quantité d'urine passée dans les vingt-quatre heures est en rapport avec celle des boissons que prenait le malade. — Amaigrissement notable depuis juillet dernier. — La percussion du thorax, en avant et en arrière, ne fournit aucun son anormal.

Il existe une matité très prononcée dans la région épigastrique, qui se continue avec celle de l'hypochondre droit ; partout ailleurs la sonorité de l'abdomen est normale. — L'auscultation ne révèle aucun râle ; le bruit respiratoire est faible, ce qui tient à la cause déjà signalée, c'est-à-dire, à l'imparfaite dilatation de la poitrine.

Il n'y a absolument que le carcinôme de l'estomac qui soit de nature à produire les phénomènes que j'ai décrits plus haut ; aussi est-ce cette affection qui fut diagnostiquée chez notre malade.

Le traitement consiste dans de l'eau de Vichy, des cataplasmes laudanisés, des lavements simples, quelques bains alcalins, un régime assez sévère.

Le malade resta dans le même état pendant quelques jours. Les vomissements, grâce à la diète lactée, avaient presque complètement cessé ; cependant le facies s'altérait ; les joues devenaient creuses, la teinte cancéreuse se prononçait de plus en plus. — Le 20 décembre, il se plaignit d'une douleur plus vive qu'à l'ordinaire, lancinante, dans la région épigastrique (Douze sangsues, eau de Vichy, cataplasmes). La physionomie était grippée, pouls petit (88-96) ; tout indiquait une péritonite partielle.

Les jours suivants, la sensibilité épigastrique devint extrême ; les symptômes généraux s'aggravèrent, et le ma-

lade expira, le 31 décembre, conservant toute sa connaissance.

Autopsie trente-sept heures après sa mort.

Rien de remarquable dans l'habitude extérieure du cadavre; point d'œdème aux membres, point de ballonnement du ventre. En ouvrant la cavité péritonéale, il existe environ cent grammes de sérosité limpide dans sa partie déclive.

Le foie est augmenté de volume, et a, pour mesure :

0, m. 27 centim.	de diamètre transverse,
0, 21	de hauteur,
et 0, 09	d'épaisseur.

Il dépasse le rebord costal de 0, m. 6 centim. environ, et occupe la région épigastrique sur un plan à peu près parallèle. Il adhère intimement à la face antérieure de l'estomac, sur une étendue de 0, m. 12 centim. transversalement, et de 0, m. 08 centim. de haut, comprenant la partie inférieure du lobe gauche, et la partie voisine du lobe droit, jusqu'à la vésicule. Cette dernière surface présente un aspect brunâtre livide, et l'extrémité inférieure du petit lobe offre, au centre de cette coloration livide, une plaque grisâtre, arrondie, de 0,045 c. de diamètre. Cette plaque a tout à fait l'aspect d'une escarre; en l'incisant, on voit que le tissu du foie est altéré sur une étendue de 0,005 d'épaisseur, de manière à ce qu'on n'y reconnaît plus sa structure granulée; enfin elle se déchire comme un lambeau frappé de mort. Sur le pourtour de cette escarre, le tissu du foie est brunâtre, et, plus loin, prend peu à peu ses caractères normaux. Le reste de ce viscère offre sa couleur et sa fermeté ordinaires; seulement les granulations sont un peu plus grosses que dans l'état naturel.

En incisant profondément la partie malade, précédemment décrite, on trouve, au-dessous de l'altération, une couche cancéreuse dans laquelle le tissu du foie est remplacé par la matière encéphaloïde, et enfin pénètre dans la cavité de l'estomac.

Le péritoine qui revêt la partie altérée, est recouvert

d'une coiffe pseudo-membraneuse et albumineuse, qui s'étend sur la plus grande partie de la face antérieure du foie.

La paroi abdominale correspondant à l'escarre présente, à sa surface interne, une teinte ardoisée avec dépôt d'une couche mince de fausse-membrane, à l'état semi-liquide.

Le quart pylorique de l'estomac est, en grande partie, caché dans la portion malade du foie ; et, en ouvrant ce viscère, on trouve que sa cavité est assez spacieuse, et que le tiers pylorique est envahi par une vaste dégénérescence carcinomateuse, qui s'étend depuis 0 m. 06 c., de l'œsophage jusqu'au pylore, et occupe, sur une étendue de 0 m. 12 c. de long, les deux faces du viscère.

Sur la face postérieure, les parois sont épaissies par le dépôt d'une matière d'un blanc rose, qui est de la substance encéphaloïde.

Sur la face antérieure et près de la petite courbure, l'aspect de l'ulcère est grisâtre, exhale une odeur fétide, et offre des lambeaux frappés de mort ; dans cette partie, l'estomac est complètement perforé dans l'étendue de 0 m. 08 c. environ, et c'est la partie altérée du foie, précédemment décrite, qui lui sert, en ce point, de paroi.

En résumé, il existe une vaste ulcération cancéreuse encéphaloïde de l'estomac, avec perforation des parois antérieures de ce viscère ; adhérence du foie, dégénérescence cancéreuse du tissu hépatique ; puis gangrène de quelques portions des parois de l'estomac, au niveau de la perforation, et gangrène de la partie correspondante du foie.

J'ajouterais seulement, comme complément de ce qui précède, que l'intestin est généralement anémique. — Les reins sont un peu volumineux ; leur tissu est pâle, mais sans altération organique. — Le cœur est d'un volume ordinaire ; ses orifices et valvules sont à l'état normal, mais le tissu de cet organe est flasque, mou et moins rouge que sa coloration naturelle. — Les poumons sont sains. — Les plèvres contiennent environ 600 gram. de sérosité (hypersécrétion de

l'agonie). — Le cerveau n'a pas été examiné, aucun symptôme morbide de cet organe n'ayant été manifesté depuis le commencement de la maladie.

Tels sont, Messieurs, les renseignements que j'ai à vous communiquer, au sujet de la lésion anatomique du foie, que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre examen, il y a quelques jours.

Il manquait à la science un exemple authentique de gangrène du foie ; car cet organe semblait avoir échappé, jusqu'à présent, à une altération qui frappe, dans des circonstances si variées, toutes les autres parties de l'économie. La pièce d'anatomie pathologique en question remplit cette lacune. Elle a été examinée par vous, et vous avez reconnu la nature spéciale de l'altération qu'elle présente.

Je viens de dire qu'il n'existait pas dans la science un exemple de gangrène du foie (soit spontanée, soit consécutive), avant celui que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Cette remarque semble être en contradiction avec les opinions de certains auteurs, d'ailleurs très recommandables. En effet, Lientaud et Bonnet en parlent comme d'une altération très fréquente ; mais, en examinant avec soin leurs observations, on reste convaincu qu'ils ont pris pour la gangrène des ramollissements du parenchyme, dont la couleur était grisâtre ou ardoisée. Ces caractères ne suffisent pas pour démontrer que la gangrène ait frappé des tissus ; il faut un autre signe que ceux qui sont appréciés par la vue et le toucher, signe d'autant plus important, qu'il suffit à lui seul pour faire reconnaître cette lésion. C'est ainsi que le célèbre J. L. Petit, en pénétrant dans une salle d'auberge, où se trouvait une foule de buveurs, de fumeurs et de joueurs, s'écria « Il y a de la gangrène dans cette chambre ! » On fit silence, et l'habile chirurgien se dirigea vers un coin de la pièce, où gisait un malheureux dont la jambe était sphacelée. C'était l'odeur seule qui avait suffi à ce diagnostic remarquable, au milieu d'une atmosphère dense, chargée

des vapeurs de nicotianne et d'exhalaisons si hétérogènes.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. HERARD SUR L'OBSERVATION
DE M. STUART COOPER.

Messieurs,

Je viens, au nom de votre commission, vous rendre compte du travail que vous a présenté M. Stuart Cooper, et qui a pour titre : Carcinôme de l'estomac ; Gangrène du foie.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, les pièces pathologiques qui ont été mises sous vos yeux, et la discussion qu'elles ont soulevée. Il existait une vaste ulcération cancéreuse (encéphaloïde) de l'estomac avec perforation des parois antérieures de ce viscère, adhérence du foie, dégénérescence cancéreuse du tissu hépatique, et plaque de couleur gangréneuse à la surface de ce même organe. C'est sur ce dernier point que des doutes s'élevèrent au sein de la société anatomique ; quelques-uns de ses membres contestèrent à ce tissu morbide les caractères de la gangrène, et ne voulurent y voir qu'un cancer encéphaloïde ramolli.

Cette opinion et la rareté du fait nous imposaient le devoir d'examiner la pièce avec attention ; nous l'avons fait, Messieurs, et nous sommes restés convaincus que l'observation de M. Stuart Cooper devait conserver son titre.

Cette gangrène, en effet, se présentait à nous sous la forme d'une plaque arrondie, de couleur grisâtre, tout à fait semblable à celle du poumon frappé de mort. Elle était molle, facile à déchirer, et, en l'incisant, on trouvait au-dessous d'elle une couche cancéreuse dans laquelle le tissu du foie était remplacé par la matière encéphaloïde. La transition était facile à saisir, et il y avait dans ces deux altérations des différences sous le point de vue de la couleur, de la consistance, qu'un ramollissement expliquerait difficilement.

J'ai peine à croire qu'une masse encéphaloïde ramollie eût présenté une surface aussi lisse, une coupe aussi égale.

D'ailleurs, à l'autopsie, on avait constaté d'une manière non douteuse l'odeur de la gangrène, et vous savez, comme vous le faisait remarquer M. Stuart, que cette odeur est tellement caractéristique, qu'elle a suffi plus d'une fois pour avertir de l'existence d'un tissu frappé de mort.

Ainsi, je crois, Messieurs, que vous pouvez enregistrer ce fait dans vos bulletins, comme un cas de gangrène du foie. Je ne dirai point, toutefois, avec l'auteur de l'observation, que ce fait soit unique dans la science ; sans doute je reconnais avec lui que les exemples tirés des ouvrages de Lieutaud, Portal, Bonnet, etc., sont incomplets, et ont souvent trait à d'autres affections ; mais dans l'Anatomie pathologique de M. Cruveilhier, il est fait mention d'une gangrène du parenchyme hépatique autour de masses cancéreuses. — Je lis dans la *Clinique Médicale* de M. Andral (tome II, p. 486), l'observation d'un homme mort d'une gastrite chronique et d'un abcès du foie : « La portion de parenchyme » qui entourait l'abcès était transformée, dans l'étendue de » quelques pouces, en un putrilage noirâtre d'où s'exhalait » une odeur fétide, gangréneuse. »

BULLETIN N° 3 (Mars 1846).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUJET, RICHARD, THIBAUT ET
A. DEYILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Tubercule de la protubérance; structure des tubercules; disposition des tubercules encéphaliques. — 2. Tubercule du cervelet; hydropisie ventriculaire. — 3. Conservation des pièces anatomiques. — 4. Tubercule du pédoncule cérébral; fonctions du pédoncule. — 5. Cancer mélanique de l'œil; structure du cancer; disposition de ses vaisseaux.
- B. *Note relative à une affection de la colonne vertébrale* (par M. Fano).
- C. *Epanchement pleurétique* (par M. Dagincourt), observation et rapport.
- D. *Oblitération et disparition complète de la vésicule biliaire* (par M. Richard).
- E. *Chancre phagédénique de la verge* (par M. Courtin).

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Stuart Cooper présente un cas de tubercule de la protubérance. Un jeune homme de 22 ans, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Rostan, avec une paralysie faciale gauche, (paralysie du mouvement), et une anesthésie des membres supérieur et inférieur droits.—Cet état que n'accompagnait aucune céphalalgie persista pendant deux à trois mois; au bout de ce temps, l'œil gauche constamment découvert s'enflamma, et le malade perdit la vue de ce côté. Puis le malade, qui n'avait rien présenté jusque là

du côté des organes respiratoires, fut pris d'hémoptysie, présente des symptômes incontestables de la phthisie pulmonaire qui a dernièrement entraîné sa mort. A l'autopsie on trouve dans l'épaisseur du côté gauche de la protubérance annulaire une grosse tumeur uniforme, du volume d'une noix, d'un aspect général d'un jaune verdâtre clair, entouré de toutes parts, par du tissu nerveux rougeâtre et ramolli. Le ramollissement s'étend vers les pédoncules cérébraux et jusqu'à la partie postérieure de la couche optique droite. Les tubercules quadrijumeaux sont sains. Les faisceaux longitudinaux les plus inférieurs de la protubérance sont également respectés; ce qui est d'accord avec les phénomènes observés pendant la vie, puisque ces faisceaux sont destinés au mouvement, et que celui-ci était intact dans les membres.

M. Pigné fait remarquer que cette tumeur consistante est une vraie substance organique et non un simple dépôt. En l'examinant de près, on la trouve composée de deux substances, l'une demi-transparente, diaphane, qui n'est certainement pas le résultat d'un dépôt, et l'autre d'un blanc plus mat. M. Pigné se contente de signaler maintenant le fait; plus tard il en tirera des conséquences.

M. Bonnet a examiné déjà des tumeurs de ce genre, entre autres une avec M. le Dr Luis, présent à la séance. Il a trouvé qu'elles ne se développent pas dans l'intérieur du tissu nerveux, mais qu'elles commencent dans un des prolongements de la pie-mère; quelle que soit la profondeur à laquelle la tumeur se voie, on finit par trouver le pédicule qui l'unit à la pie-mère. En émettant cette opinion dont il a déjà pu constater la vérité, M. Bonnet ne se prononce cependant qu'avec une certaine réserve, parceque son expérience est encore trop limitée.

2. M. Hérard montre un tubercule du cervelet chez un enfant de 8 ans, mort ces jours-ci à l'Hôpital des enfants, dans le service de M. Baudelocque. Cet enfant avait été pris dans le courant du mois de septembre dernier d'une amaurose survenue lentement; peu de temps après survint une paralysie de tout le côté gauche, avec des alternatives de contractures et de convulsions du même côté; du côté droit il y avait seulement un peu de faiblesse. L'enfant est mort après une ingestion trop abondante d'aliments, ce qui semblerait annoncer que le pharynx était aussi paralysé. — A l'autopsie, on trouve dans l'épaisseur du lobe droit du cervelet, à sa

circonférence près de sa surface, en dehors et en arrière, une tumeur verdâtre, uniforme, assez dense, organisée, bien régulière et elliptique, du volume d'une grosse noix. Le tissu cérébelleux est sensiblement ramolli tout autour. — Il y a dans les ventricules un épanchement considérable de sérosité. Dans ces cas, Barrier, après White et quelques autres, explique l'hydropisie par la compression qu'exerce la tumeur sur les vaisseaux. Ici la tumeur est trop peu volumineuse et fait trop peu de saillie pour avoir pu comprimer, et M. Hérard s'explique plutôt l'hydropisie par une sorte d'irritation produite par la tumeur.

3. M. Pigné fait voir, à la Société une série de pièces les unes molles, les autres sèches, toutes conservées avec leur forme à peu près complète, par un procédé fort simple qu'il décrit. Dans la conservation des pièces, on éprouve des difficultés extrêmes lorsqu'on veut conserver des tissus qui s'affaissent et masquent les cavités par suite de leur structure. La substance qu'emploie M. Pigné est le liquide préconisé par Everard Home, conservateur du musée de Londres, pour y conserver des pièces constamment plongées, et place d'alcool, ce qui n'est pas toujours très avantageux. Pour préparer ce liquide, qu'on nomme liquide de Richard Owen, on mélange à parties égales, à une température de 40°, de l'eau saturée d'alun, de l'eau saturée de sel marin et de l'eau saturée de sublimé. On laisse refroidir et l'on filtre. — M. Pigné y fait plonger ses pièces pendant vingt-quatre heures; s'il y a de grandes cavités à l'intérieur d'une pièce, on les ouvre, on les vide pour y injecter ensuite du même liquide dans lequel la pièce est plongée. Au bout de vingt-quatre heures, les pièces sont devenues dures, résistantes; leurs formes sont parfaitement conservées, sans aucun changement; les couleurs sont altérées mais non détruites et se différencient encore; quelques-unes même sont conservées. Les pièces peuvent alors être desséchées; elles se raccornissent à peine et les formes ne changent pas. Ou bien on les met dans un liquide conservateur quelconque, où elles peuvent, selon toutes probabilités, se conserver indéfiniment. L'alcool n'enlève plus ce qui reste de la coloration. Sur les pièces desséchées, il reste une matière blanchâtre que l'on peut enlever facilement par un lavage dans l'acide chlorhydrique. — Il faut être prévenu que le liquide de Richard Owen attaque les métaux avec une activité extrême.

Les pièces conservées que M. Pigné met sous les yeux des membres de la Société, sont :

Un poumon tuberculeux sec, dont les cavernes énormes se voient parfaitement sur la coupe; tous les détails intérieurs se dessinent avec une exactitude rigoureuse. La pièce se manie aisément, et offre une dureté notable qui l'empêche de s'affaisser.

Une vessie fendue qui avait contenu un énorme calcul et conservée ainsi depuis deux mois dans l'alcool. Sans aucun soutien, la forme de la vessie se maintient parfaite, et la coloration n'est pas beaucoup altérée.

Un rein tuberculeux à un haut degré, très bien conservé, et un autre rein dans lequel existe un kyste considérable avec sa forme normale.

Des intestins ulcérés, dont les ulcérations se voient avec tous leurs détails et peut-être plus apparentes qu'au moment de l'autopsie.

Le tubercule de la protubérance annulaire, présenté dernièrement par M. Stuart Cooper. Les différences de coloration entre la substance cérébrale et la substance tuberculeuse sont bien tranchées, bien que la couleur verdâtre du tubercule soit un peu altérée.

Enfin, un cœur hypertrophié continu avec une aorte considérablement dilatée, séché au soleil sans avoir notablement diminué de volume et conservant assez bien sa couleur.

M. Caudemont demande si ce liquide est de la même nature que celui employé par M. Suquet, et qui lui a paru produire des résultats analogues. — M. Pigné répond qu'il a fait de nombreux essais avec M. Suquet lui-même. Parmi les liquides qu'emploie M. Suquet, celui qui peut servir à peu près aux mêmes usages que le liquide de Richard Owen, c'est la solution de chlorure de zinc. Mais elle n'est bonne que pour des pièces desséchées et elle détruit les couleurs entièrement. Lorsque les pièces ont trempé dans cette solution, si on les plonge dans l'alcool, celui-ci amène une diminution dans la concentration du liquide, et les pièces se putréfient. C'est au reste, par le moyen du chlorure de zinc que M. Suquet a préparé les pièces si remarquables de foie, de cerveau et de muscles, que l'on peut voir dans le musée de l'Ecole. L'organe qui est conservé de la manière la plus parfaite par le chlorure de zinc, c'est l'œil qui devient dur comme du marbre, tandis que les humeurs restent transparen-

tes; c'est sans contredit un des résultats les plus remarquables qu'on ait obtenu.

Sur l'interpellation de M. Fricault, M. Pigné fait également remarquer que dans le but qu'il se propose, le liquide employé par M. Guillot (Natalis), ne peut pas être comparé à celui de Richard Owen. Presque tous les carbonates dissous dans la thérébentine et poussés dans les capillaires, saponifient la thérébentine et durcissent, ce qui fait d'excellentes injections; lorsque les organes ainsi injectés sont séchés, ils sont polis comme du marbre, mais ils sont ratatinés, raccornis; il n'en reste que les vaisseaux sur les parois desquels le reste de la substance des organes s'est desséché.

M. Barth désire faire remarquer à tous ceux qui conservent des pièces et qui font des essais, que tous les organes ne sont pas également conservés par les mêmes liquides. Il a constaté le fait en se livrant à diverses tentatives, lorsqu'il était attaché au musée Dupuytren. — En effet, dit M. Pigné, l'eau créosotée par exemple ne peut conserver le foie.

4. M. Hérard met sous les yeux des membres de la Société un encéphale dont le pédoncule cérébral gauche contient une tumeur tuberculeuse. La pièce provient d'un enfant de dix ans mort ces jours-ci dans le service de M. Baudelocque. Cet enfant a vu survenir, sept mois environ avant sa mort, une paralysie du mouvement de la paupière supérieure gauche, et du même côté un trouble de la vue qui finit par devenir une amaurose. Cet état persistait au commencement de janvier; il finit par s'y ajouter un peu de faiblesse dans les mouvements du côté droit, surtout du bras, bien que le malade se levât et marchât encore bien. La sensibilité générale était intacte. Sur la fin de la vie, il y a eu aussi un peu de gêne dans l'expulsion des matières fécales; il survint de l'agitation, du délire; la faiblesse augmenta et devint une paralysie complète du mouvement de toute la moitié droite du corps. Il y a deux jours, le malade est mort. — Les méninges sont injectées et un peu infiltrées de sérosité dont il s'écoule une assez grande quantité lorsqu'on ouvre les ventricules; près du moteur oculaire commun, il y a tout autour de lui, des fausses membranes. Le pédoncule cérébral gauche est envahi surtout dans sa partie supérieure par une grosse masse tuberculeuse régulière, à peu près sphérique, du volume d'une grosse noix, d'une teinte verdâtre; avant de fendre le

pédoncule cérébral, on y distingue à la vue une tumeur que le doigt sent encore bien mieux ; mais à part cela, les fibres superficielles du pédoncule sont conservées. Tout autour de la tumeur, le tissu cérébral est ramolli et presque en bouillie par points, le noyau gris extraventriculaire du corps strié est détruit ; la couche optique, elle aussi, est un peu atteinte. Ainsi il y avait compression du nerf moteur oculaire commun, par cette tumeur d'une part, et d'autre part par les fausses membranes environnantes, d'où la paralysie de la paupière qui ne s'accompagnait pas, chose curieuse, d'un strabisme externe. Le nerf optique gauche était lui aussi comprimé.

M. Hillairet attache une grande importance à un fait de cette nature, dans lequel on voit un volumineux tubercule siéger dans la protubérance, ne pas amener de paralysie du sentiment, et n'occasionner qu'une paralysie très incomplète du mouvement, sauf dans les derniers temps. Les auteurs ont dit en effet que la section d'un pédoncule cérébral produisait une paralysie complète du mouvement dans le côté opposé du corps. M. Hillairet a répété l'expérience sur trois lapins ; après chaque opération l'animal a exécuté le mouvement de manège ; mais M. Hillairet croit que cela tenait plutôt à la non coordination des mouvements, qu'à une paralysie réelle, car l'animal placé sur le dos et pincé ou piqué, remuait également bien tous ses membres. — M. Deville fait observer que ces derniers mouvements étaient le résultat de l'action réflexe, tandis qu'il y avait bien réellement paralysie complète des mouvements soumis à l'influence de la volonté.

5. M. Bonnet apporte un cancer de l'œil extirpé par M. Roux à l'Hôtel-Dieu, sur un homme bien constitué, âgé de 45 ans ; il y a près de trois ans cet homme s'est fait extirper une petite tumeur qu'il portait sur l'œil gauche ; depuis la tumeur a repullulé. Au moment de l'opération elle ne faisait pas bien grande saillie, mais elle était dure et devenait le siège de douleurs lancinantes bien vives. On a pratiqué l'extirpation du globe oculaire. Les tissus qui l'entourent lui adhèrent et sont indurés ; la sclérotique extérieurement est d'ailleurs intacte et blanche ; le volume de l'œil n'a pas augmenté. Tout l'intérieur du globe est rempli par une tumeur dure, adhérente à la sclérotique et faisant saillie sous forme de champignon à travers la cornée qui est détruite ; toutes les autres parties intérieures de l'œil ont disparu au milieu de cette masse.

Le tissu de la tumeur n'est pas caractérisé d'une manière absolue ; il présente la dureté et l'aspect arborescent dû à des cloisons fibreuses entrelacées que l'on trouve dans le squirrhe, mais en même temps il offre dans son intérieur de petits épanchements de sang comme on en voit plutôt dans les encéphaloïdes seuls.

M. Pigné élève des doutes sur la nature de ces parties qu'on peut être porté à considérer comme des épanchements de sang ; il croit plutôt que c'est un commencement de tumeur mélanique. On sait en effet que la mélanose peut former à elle seule toute une tumeur, mais elle peut n'en former qu'une partie, et s'offrir alors sous forme de végétations ou de vacuoles, comme dans le cas actuel.

M. Barth profite de l'occasion qui lui est offerte pour exposer les idées qu'il s'est faites après une étude attentive sur les moyens de distinguer les tumeurs cancéreuses les unes des autres. La question du cancer est une des plus difficiles et des moins certaines ; M. Barth pense que les résultats auxquels il est parvenu, peuvent jeter du jour sur certains points de la question. Sous le nom de cancer on a réuni des tumeurs multiples ; ce doit être un terme générique auquel se rapportent plusieurs espèces de lésions qui sont pour M. Barth : l'encéphaloïde vrai, produit toujours par une infection générale ; le squirrhe ; des tumeurs qui résultent du mélange de squirrhe et d'encéphaloïde, le cancer colloïde et la mélanose. Voici comment M. Barth comprend les différences qui caractérisent chaque groupe. — L'encéphaloïde est un produit de sécrétion qui se dépose au sein du tissu cellulaire, par exemple, alors que celui-ci n'est nullement induré ni engorgé. — Le squirrhe est aussi le résultat d'une sécrétion cancéreuse, mais dont le produit se dépose dans un tissu engorgé par une inflammation chronique qui a produit de l'hypertrophie et de l'induration : c'est, dans ce sens qu'une tumeur bénigne peut se transformer plus tard en cancer ; elle reste un simple tissu d'induration dans le sein par exemple d'une jeune femme ; et plus tard lorsqu'arrive un tout autre état de l'organisme, la tumeur devient cancéreuse, en s'infiltrant de suc cancéreux. Pour M. Barth, par conséquent, le squirrhe est souvent une tumeur fibreuse dégénérée ; l'encéphaloïde est souvent primitif, se formant par lui-même ; le squirrhe est souvent consécutif à des tumeurs antérieures qui n'étaient pas d'abord cancéreuses et

ont pu être portées pendant longtemps sans grande gêne. — Les tumeurs qui résultent d'un mélange de squirrhe et d'encéphaloïde se comprennent aisément. — M. Barth n'a pas encore d'opinion arrêtée sur les tumeurs colloïdes. — Quant à la mélanose, c'est souvent un squirrhe ou un encéphaloïde avec présence de matière noire infiltrée.

M. Deville fait remarquer que, si tant de doutes existent encore sur les tumeurs cancéreuses, c'est qu'on a trop oublié l'élément le plus important de la question, l'étude microscopique. En l'employant surtout comme fait M. Lebert, comme font d'ailleurs les bons micrographes, non pas seule, mais combinée avec les autres moyens d'examen, à l'œil nu, à la loupe, à divers grossissements, cette étude a fait faire de grands pas à la question, ainsi qu'on peut s'en assurer dans le livre de Lebert.

MM. Cahen et Jousset s'élèvent vivement contre le microscope employé pour reconnaître le cancer. M. Cahen dit que le microscope ne peut pas servir à faire des distinctions que n'admet pas la majorité des micrographes, et qui, recherchées depuis que M. Lebert les a fait connaître, ne peuvent pas être retrouvées, et que M. Cahen, entre autres, n'a pas retrouvées. M. Jousset récuse le microscope ; de tout temps il a été entouré de défiances, qui s'étendent non-seulement au microscope, mais encore aux personnes qui s'en servent.

M. Pigné trouve que dans les discussions relatives au cancer, il y a une chose dans laquelle on s'écarte du raisonnement philosophique. On dit, par exemple, le squirrhe n'a pas de vaisseaux, comme s'il n'était pas vivace, comme s'il n'était pas soumis à la loi d'accroissement, et comme si on ne trouvait pas, preuve plus certaine encore, des épanchements apoplectiques au centre des masses squirrheuses. Eh pourquoi dit-on que le squirrhe ne renferme pas de vaisseaux ? C'est qu'on y cherche des vaisseaux semblables à ceux des autres organes. Tout le monde accorde que le tissu cancéreux est un tissu spécial, sans analogie avec les autres tissus ; et on voudrait y trouver des vaisseaux identiques ? M. Pigné sait très bien que dans certains cas, comme quand la tumeur se complète et qu'elle se ramollit, les vaisseaux deviennent semblables à ceux du reste de l'économie. C'est avant d'en arriver là, que ces vaisseaux sont tout spéciaux ; on ne pourrait pas mieux les comparer qu'à

ceux des animaux inférieurs. Dans un encéphaloïde qui commence à se ramollir, on les voit non encore complètement rouges, mais rosés, et ayant des parois minces, tandis que plus tard ils deviendront semblables en tout avec ceux de la circulation générale avec laquelle ils se confondent.

M. Jousset dit que M. Barth a soulevé deux questions : celle d'origine du mode de formation de la tumeur, et celle de la distinction possible entre les diverses espèces de cancer. Entre le squirrhe et l'encéphaloïde, M. Jousset n'admet pas de différences bien tranchées; les différences d'aspect tiennent à l'époque plus ou moins avancée de la tumeur; du reste, ils sont tous deux vasculaires, plus ou moins, et offrent les mêmes caractères. Quant à la question du mode de formation, M. Jousset ne pense pas que ce soit une sécrétion; il croit qu'une tumeur cancéreuse est le produit d'une transformation aux dépens du sang épanché, et aux dépens aussi de la trame organique du tissu dans lequel elle se développe. Il a vu plusieurs fois cette dernière transformation; et, dans un cas, entre autres, un sterno-mastoïdien, qui se confondait avec un cancer de la région du cou.

M. Pigné n'est pas partisan de l'idée d'une sécrétion; il demande, à ceux qui l'admettent, où sont les organes de cette sécrétion, où en sont les matériaux.

Note relative à une affection de la colonne vertébrale (mal vertébral de Pott),

par M. Fano, interne à l'Hôtel-Dieu.

La pièce que j'ai mise sous les yeux de la Société a été prise sur une jeune fille de 17 ans, d'une constitution très faible, d'une complexion chétive, née de parents jouissant eux-mêmes d'une mauvaise santé.

La maladie à laquelle elle a succombé a débuté il y a un environ, par des douleurs de reins et de la faiblesse dans

les membres inférieurs, suivis bientôt d'une gibbosité à la région dorsale.

Pendant tout le temps que la malade a été soumise à notre observation (deux mois environ), il y a eu paralysie incomplète du sentiment et du mouvement des membres inférieurs, excrétion involontaire des urines et des matières fécales ; de plus, *douleur très vive sur le trajet de la colonne vertébrale*, quand l'enfant faisait exécuter au tronc des mouvements ; ces douleurs sont devenues permanentes à la fin de la maladie.

Au niveau de la partie supérieure de la colonne vertébrale existe une gibbosité ; le point le plus saillant répond à l'angle inférieur des omoplates, et la gibbosité se prolonge en haut, dans l'étendue de trois apophyses épineuses ; en bas, dans l'étendue de deux de ces apophyses. La pression sur la gibbosité n'est pas douloureuse. Les téguments qui recouvrent la gibbosité sont légèrement colorés en rouge ; ils sont aussi un peu tuméfiés, mais cet état subinflammatoire tient probablement à l'irritation produite par la présence des cautères qui entourent la gibbosité.

Quelques jours avant la mort, œdème des membres inférieurs, *sensibilité exaltée de ces parties ; lorsqu'on les touchait, la malade accusait un sentiment de brûlure.*

Morte le 25 février 1846.

A l'autopsie :

Poumons adhérents au thorax ; hépatisation du lobe inférieur du poumon droit.

Pas de tubercules dans ces organes.

Quelques granulations dans les ganglions mésentériques ; d'autres dans les ganglions de la région sus-claviculaire gauche.

Voici l'altération que nous avons trouvée dans la colonne vertébrale :

Une portion du corps de la huitième et de la quatrième vertèbres dorsales, toute l'étendue du corps de la cinquième

et de la chaîne sont détruites. À la place existe une matière blanc-grisâtre, assez consistante, un peu élastique, au milieu de laquelle se trouvent quelques parcelles osseuses. Cette matière ressemble donc au tubercule qui a subi un commencement de ramollissement. C'est cette destruction du corps de plusieurs vertèbres qui explique la saillie que formaient les apophyses épineuses de la portion supérieure de la colonne dorsale.

Une membrane fibreuse, très épaisse, est étendue au devant du corps des vertèbres, dans toute la portion malade ; cette membrane sépare de la masse tuberculeuse les vaisseaux placés contre la colonne vertébrale.

La moelle et les membranes qui l'enveloppent semblent parfaitement intactes au milieu, ou, pour mieux dire, derrière la masse tuberculeuse dont nous avons parlé.

Épanchement pleurétique ouvert spontanément au-dehors ;

Observation recueillie par M. DAGINCOURT, interne des hôpitaux.

Le 11 décembre 1845, entra à l'hôpital de la Pitié le nommé Raffaut (Jean), terrassier, âgé de 66 ans, qui fut couché au n° 11 de la salle St-Athanase.

Cet homme, malade depuis six semaines, présenta au moment de son entrée tous les signes d'une pleurésie, ayant produit un épanchement dans tout le côté gauche de la poitrine ; en effet, la percussion donnait un son mat depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base du thorax, et la respiration était nulle dans toute cette étendue. Il avait, en même temps, de la fièvre ; impossibilité pour le malade de se coucher du côté droit ; refoulement du cœur à droite, et une douleur fixe au-dessous et en avant du mamelon. La respiration était courte, difficile, anxieuse ; les jambes étaient

œdémateuses, et les extrémités des membres supérieurs présentaient une teinte cyanique assez prononcée.

Des vésicatoires furent appliqués sur le côté malade, et deux petites saignées furent pratiquées; ces moyens parurent apporter quelque soulagement, et on commença dès lors à entendre le murmure respiratoire à la partie supérieure du côté malade.

Vers le 22 décembre, le malade attira l'attention du médecin sur une petite tumeur, qui s'était formée à la partie inférieure et latérale gauche de la poitrine, au-dessous du mamelon, entre la sixième et la septième côtes. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, était très manifestement fluctuante, et se réduisait facilement par la pression, se maintenait réduite lorsque le malade restait couché sur le côté droit, mais reparaisait assez promptement, quand le malade se couchait sur le côté gauche. La tumeur réduite, la palpation faisait reconnaître à sa place, entre la sixième et la septième côte, un enfoncement circulaire, qui donnait au doigt la sensation d'une ouverture dirigée vers la cavité thoracique. Le développement de cette tumeur fut assez rapide. Mais on remarqua qu'à mesure qu'elle proéminait à l'extérieur, la respiration devenait plus sensible au sommet du poulmon, et que la partie supérieure et antérieure de la cage thoracique s'aplatissait sensiblement.

Vers les derniers jours de décembre, des symptômes colliquatifs, caractérisés par une exacerbation fébrile, une diarrhée très abondante, et un refroidissement assez considérable des extrémités vinrent encore compliquer la scène.

M. Baron, chargé par intérim du service de M. Serres, ayant suivi attentivement la marche de la maladie et l'enchaînement des symptômes, pria un des médecins de la Pitié de vouloir bien venir voir le malade, pensant que l'on devait peut-être, comme dernière ressource, avoir recours à l'empyème.

La consultation eut lieu le 2 janvier.

Voici, à ce moment, dans quel état se trouvait le malade que nous pûmes alors observer nous-mêmes, les renseignements précédents nous ayant été donnés par M. Baron.

La tumeur extérieure présentait un volume considérable et une forme irrégulièrement sphérique ; elle avait 15 centimètres de circonférence dans tous les sens, et présentait encore en partie une apparence bilobée, qu'elle avait offerte d'une manière beaucoup plus évidente quelques jours auparavant ; elle était molle et fluctuante, mais ne se réduisait plus que fort incomplètement. Les tissus qui la recouvraient étaient amincis, et présentaient à leur sommet une teinte violacée, due au développement de petits vaisseaux capillaires, circonstance qui faisait redouter la rupture de la poche en ce point. La respiration s'entendait jusqu'au niveau de la troisième côte, et il y avait un aplatissement très marqué en ce point.

Le médecin appelé ne fut pas d'avis de pratiquer l'empyème, disant qu'il y avait des tubercules au sommet du poulmon, et que la tumeur était sans doute formée par un foyer tuberculeux, dans l'intérieur duquel il serait dangereux d'introduire l'air.

Le 4, au matin, le malade succomba.

Voici quels ont été les résultats de l'autopsie, 30 heures après la mort.

La tumeur extérieure, incisée, laisse écouler plein un verre d'un pus épais, gommeux, sanguinolent. Le foyer abscessé, on reconnaît que les muscles intercostaux sont détruits entre la sixième et la septième côtes, près du sternum, et que la plèvre, en cet endroit, est réduite à sa seule épaisseur.

Le périoste de la sixième côte se détache facilement, et, au-dessous de lui, on trouve la côte rongée, un peu rugueuse, et ayant perdu de sa cohésion, de sorte que l'on peut facilement entamer son tissu.

Le thorax étant ouvert, toute sa cavité, jusqu'au niveau

de la 3^e côte, est plein d'un énorme épanchement de pus, tout à fait analogue à celui que contenait la tumeur extérieure. Le poumon est refoulé en haut, et son tissu n'est appréciable qu'au-dessus de la 3^e côte. Examiné avec soin, cet organe ne présente, en ce point, aucune trace de tubercules. Il est seulement rouge et induré. La plèvre, à ce niveau, est adhérente à elle-même.

Dans toute l'étendue de l'épanchement, la plèvre est épaisse, vilieuse, tout à fait semblable à une membrane muqueuse. Elle est doublée dans une grande partie de son étendue, mais surtout à sa partie inférieure, de fausses membranes épaisses et incrustées de sels calcaires.

Enfin elle présente à son intérieur trois ulcérations occupant toute son épaisseur : une première, située entre la 5^e et la 6^e côtes, qui se rend dans un trajet fistuleux, qui, après avoir décollé la plèvre, au niveau de la 6^e côte, se termine au niveau d'une nouvelle ulcération, existant entre la 6^e et la 7^e côtes. Cette seconde ulcération, beaucoup plus considérable que la première, aboutit à un trajet fistuleux, qui, après avoir décollé la plèvre dans l'espace situé entre la 6^e et la 7^e côtes, s'étend jusqu'au sternum.

Enfin une dernière ulcération, située immédiatement au-dessous de la précédente, fait communiquer la tumeur extérieure avec l'épanchement interne.

Le poumon de l'autre côté est parfaitement sain.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. MAILLIOT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

Pourquoi les ouvertures de la plèvre se sont-elles faites entre la 6^e et la 7^e côtes, au-dessous du mamelon ?

« Parce que cette membrane tapisse une petite partie de l'extrémité sternale du cartilage de la 7^e côte, tout celui de la 6^e, à l'exception pourtant de sa partie la plus déclive, et

» qu'elle coupe, en suivant toujours sa direction oblique, le » cartilage de la 7^e côte, pour arriver enfin à la 8^e, au niveau » de l'articulation chondro-sternale. » (*Traité pratique de percussion*, par M. M..., p. 66).

Il n'est donc pas surprenant que ce soit dans cette partie la plus déclive de la cavité thoracique qu'ait apparu la tumeur, dont je parlais tout à l'heure.

Un des membres de notre Société mit en doute que ce point fût le plus déclive. Il l'était cependant relativement à l'attitude que le malade prenait dans son lit, puisqu'il ne pouvait reposer que sur le côté gauche de la poitrine, ainsi que le fit remarquer M. Demarquay.

Mais est-ce bien exclusivement à cette déclivité qu'il faut attribuer la perforation de la plèvre dans l'endroit que j'ai signalé ? Non, sans doute, car il y a dans la science un assez grand nombre d'observations qui prouvent que la plèvre s'est ouverte dans toute sorte de points, et, en particulier, au-dessous des clavicules, entre la 1^{re} et la 2^e côtes. Mais ces derniers cas sont plutôt des exceptions que des faits ordinaires, car c'est le plus communément entre les 8^e et 7^e côtes, en avant, ou même à la région des lombes en arrière, que se sont montrées des tumeurs formées par de la matière purulente provenant de la cavité thoracique.

D'où il résulte que le fait de la déclivité n'est pas suffisant pour rendre compte de la perforation de la plèvre au dessous du mamelon.

Oblitération et disparition complète de la vésicule biliaire; dilatation des canaux hépatiques; calculs biliaires.

Observation recueillie par M. RICHARD, interne à l'hôpital Cochin.

Marguerite Lacour, âgée de 45 ans, couturière, est en-

trée, le 12 nov. 1845, à l'hôpital Cochin, salle St-Philippe n° 8, service de M. Briquet.

Cette femme est d'une constitution moyenne; elle a peu d'antécédents connus; seulement elle raconte qu'elle a toujours été bien portante, qu'elle a eu cinq couches heureuses, la dernière à 40 ans.

En novembre de l'année 1844, elle éprouva une émotion très vive, en apprenant qu'elle était victime d'un vol qui la privait du fruit de ses longues économies. Naturellement très impressionnable, elle entra dans une colère affreuse, perdit connaissance, éprouva des mouvements convulsifs, et son existence, à partir de ce moment, ne fut plus qu'un long chagrin; son appétit se perdit; il y eut amaigrissement graduel et sensation habituelle de constriction pénible à la région épigastrique.

Vers le mois de mai suivant, elle fut prise brusquement et pour la première fois, d'un ictère qui en sept ou huit jours devint général; en même temps anorexie, affaiblissement, douleur à la région épigastrique, selles grises, liquides, quelquefois sanguinolentes, urines comme de la lessive. Entrée à l'Hôtel-Dieu, en août 1845, elle eut plusieurs applications de sangsues à l'anus, des bains, prit des boissons minérales gazeuses et des potions calmantes. Après trois mois de séjour dans cet hôpital, elle sortit un peu améliorée; l'ictère avait diminué; mais il lui restait une faiblesse telle qu'elle ne pouvait marcher. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, elle avait eu très fréquemment des accès de colique hépatique, caractérisés par une douleur très vive, survenant brusquement, occupant tout le ventre et se prolongeant dans les reins, sans éructations. Ces accès duraient à peu près une demi-heure, et revenaient tous les trois jours: ils étaient suivis d'une augmentation de l'ictère. Des cataplasmes très chauds, appliqués sur le ventre, la calmaient ordinairement. Ces accès de coliques paraissent s'être déclarés deux mois à peu près après l'invasion de l'ictère.

État actuel. — Amaigrissement assez prononcé. Teinte bronzée de la peau. Sclérotiques teintées en jaune verdâtre, très prononcé. Nul trouble de la vue. Céphalalgie habituelle depuis un mois. Langue avec bande centrale et pointe un peu brunes et sèches. Soif habituellement très vive. Anorexie habituelle. Goût d'amertume dans la bouche. Ni nausées, ni vomissements. Abdomen de forme normale, sensibilité très vive à la pression de la région épigastrique et le long du rebord des fausses côtes droites. Le foie ne paraît pas déborder les fausses côtes, et il n'y a de matité évidente qu'à partir d'un pouce au dessous du mamelon. Depuis très longtemps, les selles ont lieu tous les jours; elles sont décolorées, consistantes; ce n'est que depuis cinq jours seulement qu'il y a de la constipation. Urines très foncées, donnant, par l'acide nitrique, une coloration vert-bouteille très prononcée. Point de toux. Respiration normale. Pouls à 96, peu fort. Bruits du cœur normaux. Ni œdème, ni ascite. Cet état de malaise dure depuis une dizaine de jours; aussi la teinte ictérique a-t-elle notablement augmenté, elle est aujourd'hui olivâtre.

Deux pots de chiendent, sirop de groseilles. — Trente sangsues *loco-dolenti*; calomel, 0,50. Poudre de jalap 0,80 4 paquets; bains, cataplasmes et diète.

Le 17. — Depuis le 13, on a continué les antiphlogistiques et les poudres purgatives à petites doses; les douleurs se sont promptement apaisées. La teinte ictérique est un peu moins foncée. Il y a du calme. La langue est chargée d'un enduit jaune-verdâtre. Bouche très amère. Crachats porracés, à saveur très amère, contenant évidemment la matière colorante de la bile. Abdomen souple. Nulle douleur à la région épigastrique et nulle tension en cette partie. Selles composées de matières dont quelques-unes sont grises, et les autres solides et colorées. Sommeil. Pouls 96. Chaleur modérée de la peau. — Chiendent, groseilles 2 p.; extrait thébaïque, 0,05; jalap 0,30, calomel, 20, 2 paq., 2 bouillons.

Le 19. — Apparition de gonflement, de rougeur à la lan-

gue, avec exsudation pseudo-membraneuse et légère salivation. Céphalalgie. — Gargarisme émollient ; cessation du calomel.

Le 20. — Dans la journée d'hier, réapparition de la douleur dans le bas de la poitrine ; sensibilité vive à la région hypocondriaque et à l'épigastre. Abdomen souple ; coliques, quelques selles en diarrhée. L'une des piqûres de sangsues s'est rouverte hier et a donné issue à une très grande quantité de sang rose, que l'agaric, aidé d'une compression modérée n'a pu arrêter. Il a fallu cautériser avec l'azotate d'argent.

Le 21. — Même état général. Diminution de la salivation. Douleur fort vive dans la portion lombaire gauche et l'arc du colon, se développant surtout lors de la défécation. Selles sanguinolentes mêlées de mucus, avec douleur vive au moment de l'excrétion, sentiment d'ardeur à l'anus. Pouls à 88. — Riz gommé, 2 p. ; extrait thébaïque, 0,05 ; deux demi lavements avec amidon et laudanum.

Le 27. — Même teinte de la peau. Jamais de vomissements. Langue légèrement grise. Teinte jaunâtre de la face interne des lèvres. Expectoration d'un blanc opaque et point verdâtre comme auparavant. Légère douleur à la région hypocondriaque et épigastrique. Depuis deux jours, il n'y a plus de sang dans les garderobes, et depuis ce temps les selles sont grises en certains points, verdâtres en d'autres. Un peu d'appétit, peau fraîche. Pouls à 84. — Eau de Vichy. — Un bouillon.

Le 29. — Hier, vers le milieu de la journée, apparition d'une douleur extrêmement vive à toute la base de la poitrine, avec éructation continuelle et beaucoup d'agitation. L'accès a été suivi d'une syncope prolongée. Constipation depuis plusieurs jours. Fatigue extrême ; brisement des membres. Teint plus verdâtre que la veille. Ventre aplati, mou. Encore un peu de sensibilité à la pression, à la région hypocondriaque droite et gauche. Urines plus foncées que les

jours précédents. Pas de gêne de la respiration. Pouls à 92. Peau modérément chaude. — Deux verres d'eau de Sedlitz; un lavement laxatif.

Le 6 décembre. — Calme les jours précédents; mais hier dans la soirée, apparition d'un accès de douleur qui se continue jusqu'à la visite de ce matin. Ces douleurs s'étendent à tout l'abdomen qui n'est point tendu; elles ne retentissent jamais dans l'épaule droite. Éructations. Ni nausées, ni vomissements. Constipation; accablement général. Pouls à 88, assez fort.

Même prescription que la veille; julep gomm. avec chlorhydrate de morphine, 0,02.

Le 7. — Accès de colique qui a duré plusieurs heures et dans lequel la douleur était très vive à la région épigastrique, à l'hypochondre droit et au côté gauche. Point de vomissements, seulement éructations; constipation.

Le 8. — Affaissement extrême; traits fort altérés. Yeux déprimés dans leur orbite. Langue humide. Abdomen aplati. Peau de chaleur normale. Teint olive. Sensation du besoin d'aliments. Deux selles demi-liquides, grisâtres. Pouls à 100, faible. Pas de hoquets, même dans le moment de l'accès.

Même prescription; chl. de morph. 0,03.

Le 12. — Réapparition des douleurs. Diarrhée sanguinolente, involontaire. Affaissement très prononcé. — Lavement amidonné; riz g.; j. g. chl. de m. 0,05.

Le 16. — Affaissement extrême. Langue avec une bande centrale brune et sèche. Depuis deux ou trois jours, quelques efforts de vomissement, et depuis la veille, quelques hoquets. Coliques fréquentes depuis plusieurs jours le long de l'arc du colon. Selles abondantes, constituées par du sang noir et coulant involontairement. Abdomen aplati, sensible à la pression. Pouls très petit, à 124. Peau peu chaude. — Riz, groseilles, 2 p.; eau de seltz.; j. g. chl. de m. 0,05.

Le 17. — Même état.

Mort à dix heures du soir.

Nécropsie, 36 heures après la mort.

Maigreur générale. Raideur cadavérique peu prononcée. Coloration jaune terreuse de toute la surface du corps, couleur jaune-safranée du tissu cellulaire sous-cutané des épiploons et de la surface externe des intestins. Les muscles ont conservé leur couleur normale. Les tissus fibreux, (ligaments, cartilages d'encroûtement, cartilages inter-articulaires), tendineux, etc. ; présentent la coloration jaune à différents degrés.

Tube digestif. — Estomac très abaissé. Colon transverse venant toucher le pubis ; épiploon descendu dans le petit bassin. Le pylore rétréci permet à peine l'introduction du doigt auriculaire seul. Teinte d'un blanc-jaunâtre de la muqueuse, dont les parois au niveau du pylore sont épaissies, comme lardacées. Phlogose assez vive des valvules et bientôt de toute la muqueuse, dans la moitié inférieure de l'intestin grêle. Quelques rougeurs sur le gros intestin, où l'on remarque des traces d'anciennes ulcérations (plaques noires, ardoisées) et même quelques petites ulcérations à sa partie inférieure. Muqueuse jaune dans tous les points qui ne sont pas phlogosés.

Annexes du tube digestif. — Le foie à l'extérieur, est d'un vert-alisé, marbré de jaune. Il est légèrement renversé en avant, et abaissé de telle sorte, que son bord antérieur déborde d'un pouce environ le rebord des fausses côtes, bien qu'il ne soit pas volumineux. Adhérences très fortes entre la face inférieure du foie et la première portion du duodénum, au niveau du lieu qu'occupe ordinairement la vésicule. Le duodénum étant ouvert dans toute sa longueur, on ne sent, vers l'orifice du canal cholédoque, ni aux environs, aucune dureté, aucun indice de concrétion biliaire. Le foie, enlevé avec la masse des conduits qui constituent son hile, le duodénum, le pylore, etc., offre les particularités suivantes : en incisant verticalement le lobe droit du foie, on voit jaillir sous le scalpel, un liquide incolore, aqueux, qui ruisselle sous

le scalpel, sortant évidemment des canaux biliaires. La substance du foie est d'un vert-olive franc, sur lequel tranchent les conduits biliaires dilatés, et d'une couleur bien blanche. Sa consistance est normale. Les principaux troncs des conduits biliaires qui se rendent à la vésicule ou à ce qui la remplace, sont également remplis de ce liquide séreux déjà signalé. Ils sont énormément dilatés, puisqu'ils offrent, près du sillon transverse, huit à dix lignes de largeur.

Nul vestige de la vésicule, dont les restes sont probablement confondus avec le noyau induré qui la remplace et où se rendent les conduits biliaires. Ce noyau présente, sur une longueur d'un pouce, une épaisseur de dix lignes environ. C'est à ce noyau qu'adhère intimement la première portion du duodénum. Son centre est perforé d'un canal qui permet tout au plus l'introduction d'un stylet boutonné, et qui vient se faire jour dans la cavité du duodénum, au point où s'ouvre ordinairement le canal cholédoque. Pas de trace apparente du conduit cystique.

Rate normale.

Appareil circulatoire. — Cœur de petit volume. Chairs pâles, mais consistantes. Sa face interne tire sur le jaune. Face interne des artères d'un jaune éclatant. Veine-cave inférieure à l'état normal; coloration jaune de ses membranes. Dilatation de la veine-rénale gauche.

Appareil respiratoire. — Poumons pâles, presque exsangues au sommet du poumon gauche, tubercules miliaires très nombreux, assez gros, ramollis, et d'un jaune-verdâtre, (ce qui explique probablement les crachats rendus pendant la vie). Dans le poumon droit, les tubercules sont en bouillie vert-porracé, se rapprochant de la couleur du foie.

Appareil génito-urinaire. — Couleur jaune de l'atmosphère graisseuse qui entoure les reins. Les deux substances de l'organe paraissent confondues en une seule substance, de couleur olive-pâle, uniforme. Couleur jaune de la muqueuse des calices et du bassin.

Utérus jaune extérieurement et à sa face interne, de même que dans l'épaisseur de son tissu.

Tête. — Os du crâne jaunes à l'extérieur et à la coupe. Face interne de la dure-mère jaune. Infiltration opaline, jaunâtre de la pie-mère. Le cervelet, la protubérance, le bulbe ont leur couleur normale, tandis que toute la surface des deux hémisphères semble avoir revêtu une teinte jaunâtre. Teinte citrine de la toile choroïdienne et du liquide céphalo-rachidien.

*Chancre phagédénique de la verge ; ulcères inguinaux
de même nature.*

Observation et pièce d'anatomie pathologique présentées à la Société anatomique, par M. COUATIN, interne à l'hôpital du Midi.

Ronsin (Etienne), âgé de 60 ans, manoeuvre, est reçu à l'hôpital du Midi, le 16 août 1845, et placé dans la sixième salle, n° 24, service de M. Puche.

Lorsque j'entrai dans le service, le 1^{er} janvier 1846, cet homme, arrivé au dernier degré de marasme, avait complètement perdu la verge par le progrès d'une ulcération qui, poursuivant sa marche, achevait dans l'épaisseur du scrotum la destruction du corps caverneux et de l'urètre, dont les vestiges apparaissent encore à la surface de la plaie ; deux vastes ulcères avaient envahi les régions inguinales. Chacune de ces lésions semble marcher isolément.

Mes efforts pour éclairer le début de la maladie, préciser les antécédents, échouèrent complètement devant la faiblesse extrême, je dirai presque l'abolition de l'entendement et de la mémoire chez mon malade ; ses réponses se contredi-

saient toutes, et, sans des notes abrégées, recueillies antérieurement, et que je dois à l'obligeance de M. Puche, chef de service, je n'aurais rien de positif à dire sur la marche de la maladie, sa durée, son traitement.

A son entrée le malade portait un phimosis inflammatoire complet, datant de deux mois, disait-il, et une adénite inguinale double, énorme, la gauche plus volumineuse que la droite, et abcédées toutes deux; depuis quand? les notes se taisent là-dessus; mais les réponses du malade, plus claires sur ce point, me font croire que les adénites parurent simultanément, il y a quatre mois; et furent ouvertes de bonne heure avec l'instrument tranchant. Les premiers renseignements obtenus du malade, et l'examen qui en fut fait lors de l'entrée, permirent de supposer sous le phimosis des chancres du gland, aperçus quatre mois environ auparavant, ce qui concorderait assez bien avec l'époque d'apparition, assignée d'autre part aux bubons. Enfin on signalait déjà l'œdème du scrotum, dont nous reparlerons. Au reste, pas de traces de syphilis constitutionnelle; nous insistons là-dessus. Le traitement antérieur est resté tout à fait ignoré.

Le malade est marié, assure n'avoir eu rapport avec aucune autre femme que la sienne, et répond énergiquement tout soupçon porté sur cette dernière. Il est brun, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution. Pas de renseignements sur les maladies antérieures.

L'appétit fut bon, les digestions faciles et complètes, pendant les cinq premiers mois du séjour à l'hôpital. Quelques purgations, la tisane de Feltz, des cataplasmes et des lotions chlorurées constituèrent tout le traitement, jusqu'au commencement de septembre. Le 9 de ce mois, l'eau iodée remplace la tisane de Feltz; le 20, le malade en prenait cent grammes par jour.

Le 30, cautérisation des ulcères inguinaux avec le nitrate d'argent, et pansement à plat avec le coton cardé.

Le 25 octobre, le phimosis persistant, et une quantité

notable de pus sortant à chaque pansement par l'orifice préputial, on pratique la circoncision, et on constate la destruction totale du gland et des deux tiers de la partie saillante des corps caverneux, dévorés par une ulcération d'aspect analogue à celle des aines. Pendant les deux mois qui suivirent, l'iodure de potassium et l'iodure de fer furent successivement administrés avec activité. Cependant l'ulcération marchait si vite au centre et sur les côtés, qu'à la fin novembre il n'y avait plus de vestiges extérieurs de la verge, et que les ulcères des aines avaient les deux tiers de leurs dimensions actuelles.

Le 26 décembre, on abandonne les iodures pour les pilules de ciguë et de calomel, p. é. cinq cent.; une par jour, du 26 au 30, puis deux jusqu'au jour de la mort.

Le 1^{er} janvier, diarrhée abondante, qui fait retrancher les aliments solides et les portions supplémentaires de vin accordées depuis longtemps.

Le 15 ou le 16, nouvelle invasion des deux ulcères sur les parties saines; invasion dont le mode est trop caractéristique pour que j'en omette la description. Une tuméfaction légère et très douloureuse se montre dans une étendue variable sur les bords de l'ulcère, et s'étend plus ou moins sur les parties saines. D'abord d'un rouge sombre, disparaissant un instant sous la pression, la peau devient bientôt livide au centre de la tumeur en partie ramollie; et une ponction avec la lancette laisse couler une quantité notable d'un liquide aqueux, mêlé de débris grumeleux, blanchâtres, d'apparence caséuse, qui ne sont autre chose que des ganglions superficiels, altérés, comme le démontrera l'examen des ganglions pelviens et des ganglions inguinaux droits. L'ouverture s'ulcère, s'agrandit rapidement, le liquide aqueux se trouble et se colore en jaune brunâtre; et bientôt la peau disparaissant laisse voir un nouvel ulcère, qui ne tarde pas à se confondre avec le premier.

Nous retrouverons sur la pièce pathologique des vestiges

de ce travail plus ou moins avancées. C'est seulement dans les progrès sur la cuisse que je puis signaler cette marche de la maladie ; vers la partie supérieure de l'aîne, elle a progressé sourdement, d'une manière imperceptible.

Un pus ichoreux, très abondant, fourni par les trois ulcères, mêlé à l'urine qui ruisselle le long du scrotum et des plis de la cuisse, imprègne continuellement les pièces du pansement ; souille le malade ; et pourtant nous verrons à peine quelques ulcérations mal caractérisées du scrotum, et rien sur les autres parties en contact continuuel avec le pus. Le malade répand au loin une odeur pénétrante, analogue à celle des abcès urinaires.

Je vais revenir sur les ulcères avec plus de détails.

La mort survient le 24 janvier 1846, et l'autopsie ne peut être faite que quarante-huit heures plus tard.

Aucune trace de putréfaction, amaigrissement général assez marqué, facies hippocratique, mais rien qui dénote la cachexie cancéreuse ; œdème peu prononcé du pied et de la jambe droite.

L'abdomen ouvert, je procède de suite à l'examen des lésions morbides extérieures. Les ulcérations inguinales par lesquelles nous commencerons sont toutes deux irrégulièrement elliptiques, à grand axe parallèle au pli inguinal ; très inégalement anfractueuses, elle ne s'attaquent qu'à la peau, aux tissus cellulaire et fibreux, et aux ganglions. Des deux côtés, même aspect général de l'ulcération, dissection exacte de certains tissus ; déposition sur tous avec plus ou moins de régularité d'une couche pultacée, très inégalement épaisse et disposée de manière à former des mamelons blafards ou jaunâtres, ternes et humides avec quelques plaques striées ou un pointillé rouge pâle. Un pus mal lié, jaune-rougeâtre, aqueux, baigne le fond de l'ulcère dont les bords festonnés, rouge-brûlé et livides, sont quelquefois amincis et décollés, plus souvent épais, durs et relevés en bourrelet

arrondi; autour, les téguments sont d'un rouge sombre et luisant.

L'ulcère gauche, plus étendu dans tous les sens, est circonscrit comme il suit : parti du pli inguinal à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, son bord se dirige parallèlement au ligament de Poupart et à 2 centimètres au-dessus de lui, vers la symphyse pubienne; un peu avant d'y arriver, il se recourbe brusquement en bas, puis en dehors, en contournant la racine des bourses, jusques sur la face antérieure de la cuisse qu'il quitte aussitôt pour la face interne; décrivant alors une languette irrégulière et étroite, il revient vers la face antérieure, la traverse presque horizontalement, à 8 centimètres au-dessous du ligament de Poupart, et remonte brusquement pour aboutir à notre point de départ. Il a 16 à 18 centimètres dans sa plus grande largeur, sur 10 à 12 de hauteur. Dans le tiers supérieur, l'ulcération s'arrête au plan fibreux superficiel, mais immédiatement en dedans de la gaine des vaisseaux fémoraux et sous le ligament du Poupart, l'ulcère est creux profondément, et l'on distingue derrière son fonds inégal et pultacé, les fibres du pectiné dans une longueur de 6 centimètres environ; deux petites ulcérations à bords unis et taillés à pic pénètrent le muscle à une certaine profondeur; le cordon testiculaire également disséqué traverse la partie supérieure interne de la plaie. Côté de dedans les faisceaux fémoraux, l'ulcération remonte en passant sous le ligament de Poupart dans la cavité pelvienne à 3 centimètres de profondeur. Vers l'angle inférieur de l'ulcère, un trajet fistuleux s'enfonce à travers la couche musculaire, derrière le fémur. La peau décollée plus ou moins loin dans la moitié supérieure de l'ulcère, est au contraire épaisse et relevée en talus le long du bord inférieur, mais elle s'affaisse immédiatement, et présente une large plaque bleuâtre : un stylet introduit par le petit pertuis qu'elle présente à son centre, entre dans une seconde ulcération encore cachée, mais que quelques millimètres

à peine de tissus indurés séparent encore de l'ulcération principale ; quelques jours auraient suffi sans doute pour réunir ces ulcérations à la première, dont l'étendue aurait presque doublé.

A droite, l'ulcération de la peau s'arrête en haut et en dedans de la courbe décrite par le ligament de Poupart et la portion verticale du cordon ; en haut et en dehors, à trois travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dans ces deux sens, le décollement est peu considérable, les bords sont affaissés, mais toujours arrondis et festonnés, et si le travail ulcératif s'est continué, c'est en suivant une marche différente de celle que nous pouvons observer au bord inférieur, et que nous avons déjà signalée à gauche. Un empatement considérable et résistant, avec rougeur érysipélateuse, part du bord inférieur de l'ulcère, et s'étend à quatre centimètres plus bas sur la face antérieure de la cuisse, par deux petites ulcérations assez éloignées l'une de l'autre et tout-à-fait indépendantes ; il suinte un liquide aqueux un peu louche, mêlé de grumeaux blancs ; sous la pression sort une matière d'un blanc jaunâtre, caséeuse, friable, identique à celle que fournissaient les tumeurs dont nous avons décrit l'évolution précédemment. Le décollement de la peau commence à se manifester. En rapprochant ces ulcérations de ce que j'ai pu observer de la marche de l'ulcère, je ferai remarquer que dans les régions qui présentent des ganglions superficiels, une altération spéciale de ces derniers a précédé et déterminé peut-être le travail ulcératif dans les parties voisines : en est-il quelquefois ainsi dans l'ulcère phagédénique ? L'observation seule prononcera ; mais je dois dire que sur trois cas d'ulcères phagédéniques plus ou moins avancés chez des malades placés dans le service de M. Ricord, aucun ne présente cette particularité.

Cette ulcération s'est avancée plus loin que la gauche dans l'abdomen ; remontant le long de la gaine des vaisseaux fémoraux et en dedans de celle-ci, elle creuse dans le septum

crural une large ouverture, et envahit de proche en proche le fascia propria. Elle s'étale sous le péritoine qui s'enflamme et s'épaissit, le long du détroit supérieur jusque vers la partie moyenne de la fosse iliaque, derrière le pubis et le trou obturateur. Ce travail morbide est au summum d'activité sur le détroit supérieur à deux centimètres de l'anneau crural ; le péritoine et les tissus sous-jacents y sont d'un rouge brunâtre, et l'inflammation éveillée en ce point dans la séreuse, a provoqué entre elle et le bout inférieur de l'intestin grêle des adhérences encore très faibles, puisqu'une légère traction fortuite les a fait céder en partie à ce niveau. Le péritoine est moins résistant dans une petite étendue, l'intestin est phlogosé dans toute son épaisseur, et en l'ouvrant longitudinalement, on aperçoit, au milieu d'une plaque d'un rouge vif, une petite ulcération miliaire correspondante au point adhérent. Peut-on s'empêcher de reconnaître là les premières phases d'un travail ulcératif, procédant de dehors en dedans, et dont l'issue n'était point douteuse ?

Les ganglions groupés autour de l'iliaque externe gauche sont tuméfiés, très durs, d'un blanc mat, et offrent à l'intérieur, à différents degrés, l'altération signalée dans les ganglions inguinaux ; leur substance, jaunâtre, pulpeuse, est pénétrée en plus ou moins grande abondance d'un liquide aqueux et louche qui suinte sur la coupe ; à droite, rien de semblable : au contraire, l'artère est environnée d'une gangue celluleuse infiltrée, d'où il est très difficile de l'isoler.

Les corps caverneux et l'urètre sont rongés jusqu'au ras du scrotum ; au point d'où ils émergent, existe une ulcération ovale, très profonde, brunâtre, à bords très irréguliers et arrondis en bourrelet, d'un rouge très vif, non décollés ; du fond de l'ulcère, montent jusqu'à la surface, deux saillies : l'une conoïde, noirâtre, irrégulière, de consistance cartilagineuse, imprégnée d'une sanie trouble et jaune, vestige des corps caverneux ; l'autre, membraneuse, recourbée

en bec d'aiguïère dans sa partie visible, jaunâtre, sèche et presque parcheminée, c'est l'urètre ; autour d'elle, une profonde rigole circulaire de 1 cent. à peu près de rayon, au-delà de laquelle les tissus sont seulement engorgés. N'est-ce pas la marche assignée par le premier annotateur de Hunter à certains chancres phagédéniques de la verge, qui s'insinuent *de bas en haut entre la peau et le corps de cette dernière, disséquant souvent les corps carverneux jusqu'au pubis.*

Le début de l'affection chez le malade qui nous occupe, confirme l'analogie. Il reste du corps caverneux, 4 ou 5 cent., et de l'urèthre une longueur proportionnelle.

Vessie de capacité ordinaire, parfaitement saine, à parois un peu épaissies, renfermant environ un verre d'urine.

Le scrotum présente huit ou dix ulcérations superficielles, assez régulièrement arrondies, à fond uni, grisâtre; la plus grande est comme un demi f. Verssa partie inférieure en avant, on voit par transparence sous la peau amincie, une élévation blanche, lenticulaire, ferme, et dont la coupe montre un disque de matière pultacée, analogue à celle des ganglions dégénérés. Est-ce le mode de début de l'ulcération de la partie?

Les tumeurs du scrotum sont confondues par une infiltration plastique, demi-transparente, comme gélatineuse, sans aucune induration.

Au pourtour de l'anus, deux ou trois tumeurs hémorrhoidales flétries; sur le périnée, la fesse, la partie supérieure et interne des cuisses, des rougeurs érythémateuses.

Testicules petits, mous, mais parfaitement sains.

Les autres organes splanchniques semblent d'ailleurs complètement étrangers aux lésions qui viennent d'être décrites.

Poumons parfaits, très sains, tous deux présentant, vers le bord postérieur, un peu d'engouement hypostatique, et une masse de matière noire au sommet.

Cœur de volume normal; hypertrophie concentrique du

ventricule gauche qui renferme, ainsi que son oreillette, un caillot consistant, gelée de groseille et peu adhérent. Endocarde et péricarde sains, sans traces de lésions antérieures. État normal des orifices.

Foie plus friable que d'ordinaire, volumineux, pâle, présentant dans toutes ses parties un faible degré de cirrhose.

Rien dans le tube digestif, au dessus de l'estomac ; ce dernier, de faible capacité, sans plissement ni recoquille- ment de ses membranes parfaitement saines, renferme un liquide épais, visqueux, demi-transparent, coloré par la bile et tenant en suspension un grand nombre de fragments blanchâtres très petits. Le pylore, étroit au point d'admettre seulement le petit doigt, a des parois épaisses, mais nullement altérées. Dans le duodénum se trouvent six à huit fragments gros comme une aveline, identiques à ceux signalés dans l'estomac ; frais, ils étaient d'un blanc mat, friables et à cassure chagrinée ; desséchés, ils sont d'un jaune pâle, onctueux et graissent le papier comme du suif, dont ils ont à peu près l'odeur.

Intestin grêle uniformément rétréci dans toute sa longueur, au point de n'avoir que la moitié de la circonférence ordinaire, à peu près rempli de mucosités brunâtres, fort épaisses, çà et là mêlées de matières fécales diffuantes. La muqueuse est parfaitement saine, sauf dans le bout inférieur qui adhère au détroit supérieur, vers l'orifice du canal crural.

Rien à noter dans le gros intestin.

Rate petite, molle, un peu ridée, légèrement diffuente.

Reins normaux, le droit un peu plus volumineux que le gauche.

Une notable quantité de sérosité sanguinolente s'écoule de la cavité crânienne ; dure-mère fortement adhérente aux os ; teinte opaline de l'arachnoïde de la face convexe des hémisphères et de la base ; substance cérébrale d'aspect et de consistance normaux, infiltration oedémateuse légère et

et kystes sereux innombrables de la toile choroidienne.

Dans la veine cave inférieure, un caillot gelée de grosseille qui occupe un tiers de son calibre, très peu adhérent.

Aorte parfaitement saine dans toute sa longueur.

La prédilection de l'alcération dont il s'agit pour certains tissus, sa marche, son aspect général, et surtout le consensus de la plupart des hommes compétents qui l'ont vue (1), ne laissent pas de doute sur la nature phagédénique; il faut pourtant reconnaître que son mode de progression en certains points n'est pas ordinaire, comme il est facile de s'en convaincre en examinant quelques autres malades qui ont eu, ou présentent encore des ulcères phagédéniques, et placés actuellement dans les salles de M. Ricord; deux d'entre eux, le n° 19, salle 2, et le n° 7, salle 5 radicalement guéris, ne seront cités que comme exemples remarquables de guérison d'ulcères autrement étendus que ceux dont j'ai donné la description, mais bien moins profonds sans doute.

Chez l'un (n° 19) homme blond, pâle, d'un tempérament lymphatique, mais n'ayant présenté à aucune époque de sa vie des traces de vice scrofuleux, on observait un ulcère phagédénique inguinal gauche, de dimensions énormes lors de l'entrée, et que le malade portait depuis cinq mois; il s'étendait de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à la racine des bourses sur lesquelles il descendait assez loin; son bord supérieur était à six ou huit cent. au-dessus, et l'inférieur à cinq ou six cent. au-dessous d'une ligne fictive tirée de l'épine iliaque à l'épine pubienne; en dedans, il se prolongeait très loin dans le pli scroto-crural.

La grande épaisseur des bords donnait à l'ulcère une profondeur en rapport avec ses dimensions en surface. Les pi-

(1) M. Deville, à qui je montrai la pièce tout d'abord en lui communiquant mes doutes sur un diagnostic porté devant moi, puis M. Ricord, et après lui plusieurs autres personnes, se sont prononcés sur-le-champ sans restriction.

lules de Vallet et de ratanhia, aidées de pansements avec l'extrait de ratanhia, ont amené la guérison en moins de deux mois; guérison complète, puisqu'il reste à peine, dans le pli de la cuisse, une petite excoriation longitudinale entretenue par le frottement. La cicatrice noueuse, épaisse, encore rouge, en forme de J, a fortement attiré à elle la peau des parties environnantes. Ces ulcérations si rapidement guéries, avaient empiré sous l'influence des pansements avec la poudre de quinquina. L'autre, salle 5, n° 7, aussi heureux que le précédent, a eu deux ulcérations inguinales, s'étendant le long du pli de la cuisse, vers le périnée qui fut envahi dans toute sa longueur, jusqu'à trois pouces en arrière de l'anus; la face interne des fesses, la partie supérieure interne des cuisses étaient aussi intéressées par ce vaste ulcère, aujourd'hui presque cicatrisé; mais rien de plus curieux que la verge, foyer de l'infection; les 2/3 antérieurs du corps caverneux ont disparu, laissant le gland presque entier et l'urètre intact: les deux ou trois centimètres de corps caverneux épargnés s'érigent quelquefois, mais le gland privé de toute communication avec eux reste flétri et pendant au bout de l'urètre.

Les autres, numéros 7 et 18, salle 4, ont chacun un ulcère phagédénique inguinal, à bords épais et festonnés dans toute leur étendue, sans aucune altération sensible des ganglions superficiels voisins de l'ulcère, sans décollement des bords qui n'ont pas non plus la teinte lie de vin si marquée chez notre malade: et pourtant l'un d'eux, le n° 7, a donné des signes du vice scrofaleux, entre autres, un engorgement des ganglions inguinaux gauches, presque indolent, survenu sans cause appréciable, et qui se dissipa sans traitement au bout de cinq mois. Sans pousser plus loin le parallèle, je demande s'il n'est pas permis de conclure que le malade qui fait le sujet de cette observation, présentait une variété de l'ulcère phagédénique non signalée jusqu'ici, et développée sous l'influence de causes probablement inhérentes à l'idiosyn-

crasie, et sur lesquelles on ne peut se prononcer sans de nouvelles observations.

Une dernière différence assez tranchée, c'est l'absence d'inoculation sur les parties voisines du chancre et de l'ulcère, dans les conditions favorables où se trouvait notre malade à ce point de vue.

RAPPORT DE M. DEVILLE SUR L'OBSERVATION DE

M. COURTIN.

La pièce présentée par M. Courtin est relative à une des maladies syphilitiques les moins connues des praticiens, en général, à des chancres phagédéniques des organes génitaux et des régions inguinales. Elle offre d'autant plus d'intérêt, qu'une pièce toute semblable a été présentée à la Société Anatomique par mon ami, M. Potier, il y a de cela quatre ans, prise, par nous tous, pour un cancer, et consignée dans nos Bulletins sous la dénomination de cancer. La maladie avait été qualifiée également de cancer, dans le cas de M. Courtin, et ce n'est pas la première fois que cela arrive. Lorsque j'étais interne à Lourcine, je pus observer une malade qui portait dans le rectum, depuis l'anus jusque bien au-delà du point que le doigt pouvait atteindre, une ulcération épouvantable de toute la muqueuse intestinale, avec nodosités et indurations, qui avaient fait croire par plusieurs médecins à l'existence d'un cancer. C'était un chancre, un vrai chancre inoculable, ainsi que je m'en suis assuré deux fois, et par conséquent primitif qui existait là depuis treize ans. C'est, je crois, le chancre primitif le plus ancien dont j'aie entendu parler; j'en ai vu un sur le ventre d'un malade placé dans le service de M. Ricord, et qui existait toujours avec son caractère essentiel, l'inoculabilité, depuis sept ans.

Chez la femme dont je viens de parler, le chancre rectal s'étendait dans le reste du gros intestin, selon toutes les probabilités ; je le crois d'autant mieux qu'à cette même époque parut dans la *Gazette des Hôpitaux* la traduction d'une observation toute semblable, puisée dans les journaux anglais, et dans laquelle, l'autopsie ayant été faite, on avait trouvé tout le rectum et tout le colon envahis par l'ulcération.

On le voit, les personnes qui ne connaissent pas le chancre devenu phagédénique sont exposées à le confondre avec le cancer, d'autant mieux que ces chancres pénètrent parfois très profondément, et détruisent tout. Dans l'observation de M. Potier, que j'ai citée, l'ulcération partie de l'aîne avait envahi toute la région, pénétré dans la cavité abdominale, et perforé l'S iliaque du colon, qui s'ouvrait ainsi au-dehors. Dans le cas de M. Courtin, une perforation semblable allait se faire au moment de la mort, dans une anse d'intestin grêle.

Cette erreur de diagnostic est d'autant plus déplorable que, dans l'état actuel de la science, des cancers aussi avancés que le sont certains chancres phagédéniques, sont entièrement au-dessus des ressources de l'art, tandis que la grande majorité des chancres phagédéniques est curable par l'une ou l'autre série des moyens qu'emploie M. Ricord.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ces moyens que tout le monde peut lire dans les articles spéciaux ; mais je me contenterai de rappeler entre autres deux faits que M. Courtin, à qui je les ai montrés, a consigné dans son travail ; dans ces deux cas, les ulcérations étaient aussi étendues que celles dont les complications ont amené la mort chez le malade de M. Courtin, et cependant elles ont bien guéri. Je m'élèverai surtout vivement contre l'assertion émise récemment par M. Egan dans le journal de Dublin, à savoir que le mercure est nuisible dans le traitement des chancres phagédéniques. Erreur énorme, si l'on n'établit pas de distinctions, car une bonne partie des belles guérisons obtenues par M. Ricord

sont dues à l'emploi tout empirique du mercure à très hautes doses, puisqu'on commence par deux pilules de Sédillot par jour, et on augmente de deux tous les jours jusqu'à ce que le malade en prenne vingt-huit, trente, quarante et plus à la fois.

—

Membres admis pendant le trimestre.

Membre honoraire.

M. ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Membres adjoints.

MM. CHAPELLE, interne des hôpitaux.

COGNÉ, id.

FANO, id.

MIGNON.

STUART COOPER.

BULLETIN N° 4 (Avril 1846).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUMET, RICHARD, THIBAUT ET
A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Vessie énormément dilatée chez un fœtus, de manière à empêcher l'accouchement. — 2. Tumeur cancéreuse considérable du bassin, compliquée d'un kyste considérable du périnée chez un fœtus à terme. — 3. Tubercules cérébraux multiples avec ramollissement cérébral. — 4. Tubercules osseux de la colonne vertébrale, ossification de l'aponévrose iliaque enveloppant l'abcès; direction du pus dans les abcès par congestion. — 5. Cancer de l'amygdale. — 6. Hernie crurale congénitale. — 7. Fœtus double, dont la plupart des viscères importants sont doubles, tandis qu'à l'extérieur une double verge à peine caractérisée, indique seule la duplicature. — 8. Croup. — 9. Absence apparente et origine remarquable du nerf récurrent. — 10. Rameau lingual du nerf facial. — 11. Suppuration du foie; kystes hydatiques remarquables du foie; origine de ces kystes.

B. *Invagination intestinale prise pour une dysenterie; péritonite consécutive à des perforations.*

C. *Gangrène du membre inférieur; lésions artérielles; congestion de tous les organes qui reçoivent du sang de l'aorte avant sa bifurcation; noyaux apoplectiques dans un poumon. Ramollissement hémorrhagique de l'encéphale. Observation et rapport.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Deville présente une vessie énormément dilatée, trouvée sur un fœtus de six à sept mois par M. Gaudon, médecin au Blanc, département de l'Indre. Une femme de 35 ans environ, qui avait déjà accouché plusieurs fois sans accidents, était de nouveau en-

ceinte et offrait un développement très considérable du ventre. Au septième mois, le travail commença; il fut peu actif et nécessita plus de cinquante heures pour produire la dilatation du col, la formation et la rupture de la poche des eaux; la tête de l'enfant s'engagea aussitôt dans le petit bassin et depuis cette descente, qui avait exigé de la part de la malade des efforts considérables, le travail s'arrêta tout-à-fait. Après plusieurs heures, M. Gaudon, appelé par la sage-femme, trouva en effet la tête de l'enfant pas trop volumineuse, placée dans le petit bassin et facile à contourner, regardant par le front la cavité cotyloïdienne gauche; la femme était bien conformée, seulement il n'y avait plus de douleurs. Le seigle ergoté fut prescrit pour remédier à l'inertie présumée de la matrice, et détermina de vives contractions qui n'amènèrent aucun résultat. A l'aide de quelques manœuvres, l'accoucheur put dégager les bras et la tête, et les faire sortir hors de la vulve. Tous les efforts qu'on put employer, assez violents, parce que l'état de la face annonçait que l'enfant était mort, ne purent pas achever de dégager l'enfant. M. Gaudon jugea à propos d'introduire la main qui lui fit constater l'existence d'une volumineuse tumeur fluctuante appartenant à l'enfant; en passant entre cette tumeur et l'angle sacro-vertébral, il s'écoula près de trois litres d'eau qui étaient retenus dans le haut de la matrice, et aussitôt le volume du ventre diminua beaucoup. L'accouchement ne se terminait pas cependant; il fallut réintroduire la main jusqu'au-dessus de la tumeur, attendre une douleur utérine, et à ce moment attirer la tumeur au dehors, ce qui réussit au premier essai. Une seconde après, l'accouchement était terminé; l'enfant était mort. En peu de temps, la mère s'est rétablie; elle n'avait éprouvé aucun accident remarquable, sauf que dans les premiers temps de la grossesse, elle avait fait une légère chute sur le siège. — La tumeur appartenant à l'enfant était placée dans l'abdomen; elle était flasque, fluctuante, pleine de liquide, et descendait dans certaines positions de l'enfant jusqu'aux genoux. En l'incisant il en est sorti au moins deux litres d'un liquide incolore et inodore. Il a été aisé de constater qu'elle était formée par la vessie énormément dilatée. Cette vessie, qui est mise sous les yeux de la Société, présente en effet des dimensions considérables, parfaitement comparables à celle d'une vessie d'adulte très dilatée par une longue rétention d'urine; on comprend très bien qu'elle ait

contenu au moins deux litres de liquide. Près du col vésical, on ne trouve pas la moindre trace de prostate, et à la place que celle-ci devrait occuper, la vessie se prolonge sous forme d'infundibulum avec l'urètre parfaitement libre, terminé par un méat urinaire à quatre lèvres, bien conformé. Vers le milieu de sa paroi postérieure, près du bas fonds, la muqueuse vésicale est d'une teinte noire et d'une consistance molle qui s'étendent sous forme d'escharre gangréneuse, dans une étendue très irrégulière de deux à trois centimètres d'étendue dans tous les sens. Le reste de la vessie est sain, à part une hypertrophie notable. Les uretères sont très dilatés, plus volumineux que le rectum; celui du côté gauche seule s'ouvre par un large orifice elliptique à l'intérieur de la vessie dont il a parcouru obliquement les parois dans un court trajet; le droit très dilaté s'engage aussi obliquement dans les parois vésicales, mais au niveau de la muqueuse, celle-ci le ferme complètement, en formant dans ce point une petite cicatrice radiée. Toutes ces particularités anatomiques sont constatées par les membres de la Société. D'après M. Gaudon, les reins étaient volumineux, mollasses; il n'y avait pas de traces de substance corticale. Tous les autres organes étaient assez bien conformés, à part le développement très médiocre de l'intestin; l'estomac aurait contenu à peine une cuillerée de liquide; l'intestin grêle avait environ deux centimètres de long; le cœcum à peine marqué et le reste du gros intestin étaient sans bosselures.

M. Barth fait noter l'hypertrophie des parois vésicales, ce qui rentre dans la loi d'anatomie pathologique en vertu de laquelle des organes creux, longtemps soumis à une certaine distension, s'hypertrophient.

2. M. Pigné, à propos de ce fait d'obstétrique, présente une tumeur remarquable du périnée sur un enfant à terme à peu de jours près. Au moment du passage, il y eut, selon l'accoucheur, un écoulement de liquide séreux; l'enfant a crié un instant, puis il est venu mort. Le corps et les quatre membres sont bien conformés. Des tumeurs ischiatiques naît une tumeur énorme, du volume d'une tête d'adulte que M. Pigné nous présente intacte et qu'il ouvre à la séance même. Les parois un peu résistantes en sont membraneuses et permettent d'apprécier la présence d'un liquide contenu. Au dessus de cette tumeur qui semble continuer le tronc inférieurement, on ne trouve presque rien qui représente le sacrum. La région lom-

haire est bien constituée ; entre elle et la région sacrée, une petite tumeur, comme une noix, soulevait la peau sous laquelle elle est placée, tandis que l'enveloppe de la grande tumeur, bien que continue avec la peau, n'en offre plus bientôt les caractères. A l'extérieur le rectum paraît manquer ; il n'y a pas d'anus, il y a seulement en avant une ouverture qui communique peut-être avec le vagin et la vessie. Au moment où M. Pigné incise les parois de la tumeur, il s'en échappe un liquide comme purulent ou tuberculeux, qui est placé entre la paroi extérieure déjà décrite, et une masse centrale, dure, adhérente au petit bassin dans l'intérieur duquel elle se prolonge, sans dépasser le détroit supérieur. Les caractères de cette masse ressemblent en tout à ceux de l'encéphaloïde ; on y trouve des kystes nombreux semblables à ceux qu'on trouve dans d'autres organes, l'ovaire par exemple, et rempli par un liquide puriforme ; tout autour une partie du tissu est organisée, comme cancéreuse ; une autre partie ressemble à des foyers de sang épanché. La petite tumeur ouverte entre la région sacrée et la région lombaire, présente encore mieux tous les caractères de l'encéphaloïde ramollie.

M. Depaul dit que des faits du genre de celui que vient de montrer M. Pigné, ne sont pas sans exemple dans la science ; il en a déjà vu deux cas. Il croit qu'en 1835, il en a été présenté un à la Société Anatomique, provenant d'un enfant né à la clinique d'accouchements, la première ou la seconde année de l'institution de cette clinique. L'accouchement fut difficile, ce qui se comprend. Il y avait également une énorme tumeur encéphaloïde dont le point de départ était dans le tissu cellulaire du petit bassin et qui se prolongeait hors du périnée. Les viscères contenus dans le bassin étaient respectés. La pièce fut moulée, et M. Depaul traita que M. Dubois l'a conservée.

3. M. Hérard expose qu'un garçon de six ans est entré, il y a quinze jours dans le service de M. Baudeloque, avec tous les signes d'une phthisie très avancée. Le malade a bientôt été pris de convulsions dans le côté droit de la face ; le membre supérieur droit était affecté également de convulsions des mains et d'une faiblesse notable du mouvement sans paralysie complète ; le membre inférieur du même côté était un peu faible ; la sensibilité était conservée. Cinq à six jours après, il est survenu un peu de contracture, puis l'enfant s'est trouvé pris d'une fièvre assez forte, d'agitation,

et il est mort; il n'a jamais eu de perte de connaissance. On avait présumé qu'il y avait une affection tuberculeuse dans le côté gauche du cerveau. En effet, de ce côté on trouve un état qu'on pourrait peut-être appeler méningite tuberculeuse; ce sont des tubercules assez volumineux, adhérent à l'extérieur aux méninges et déprimant en dedans la substance cérébrale. Une lésion toute semblable existe des deux côtés; mais à gauche, dans le lobe sphénoïdal du cerveau, on trouve un ramollissement avec hémorragies partielles, que M. Bonnet démontre être consécutives au ramollissement que les tubercules déterminent autour d'eux. M. Fano fait observer que la consistance de cette partie malade n'est pas la même partout; qu'elle ne présente nulle part une grande cavité avec déchirure comme dans l'apoplexie sanguine des vieillards, que les petits foyers sont, d'après l'observation de M. Moutard-Martin, les uns récents, les autres anciens, et de tout cela M. Fano conclut qu'il y a eu là plusieurs petites hémorragies successives à diverses époques, et toutes produites par le ramollissement périphérique aux tubercules. L'objection tirée de ce que les symptômes observés pendant la vie n'ont pas présenté une succession correspondante de phénomènes, n'est pas acceptable, puisqu'il n'y a eu aucun symptôme qui ait traduit ces apoplexies. On pouvait aussi se demander comment un ramollissement né autour de tubercules aussi superficiels, a pu gagner aussi profondément; mais en examinant avec soin l'intérieur de la partie ramollie, M. Hérard finit par y trouver des masses tuberculeuses.

M. Bonnet fait remarquer combien cette pièce vient à l'appui de l'opinion déjà émise par lui, que les tubercules encéphaliques tiennent par un prolongement à la pie-mère sur laquelle ils se développent primitivement, pour s'enfoncer ensuite plus ou moins profondément dans la substance nerveuse.

4. M. Monnot apporte la portion lombaire de la colonne vertébrale et une portion du bassin d'un homme de 23 ans, mort à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin, où il était depuis trois mois pour une carie vertébrale; vers la fin de ses jours, ce malade avait présenté deux abcès par congestion, l'un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la région lombaire gauche. A l'autopsie, on trouve toutes les lésions du mal vertébral de Pott : des érosions osseuses produites par l'infiltration tuberculeuse qui s'étend sur

toute la face antérieure du sacrum ; des foyers arrondis au sein des corps des vertèbres lombaires, dus à des tubercules enkystés ; des jetées osseuses, des stalactites se réunissant d'un corps de vertèbre à l'autre, pour empêcher leur affaissement. Ce qu'il y a de plus particulier dans ce cas, c'est que les parois du foyer purulent à la région iliaque s'étaient ossifiées. Sur la pièce que présente M. Monnot, on voit cette ossification former un pont épais et résistant en dehors de l'éminence iléo-pectinée, de manière à compléter tout un canal osseux avec l'os iliaque, pour le passage du pus. Celui-ci ne suivait plus ensuite la gaine des psoas ; il s'ouvrait à côté et en dehors, au-dessus de l'aponévrose fémorale.

M. Pigné dit que c'est une anomalie dans l'histoire de ces abcès par congestion, de trouver l'artère en dedans. D'habitude quand l'artère n'est pas en dehors, elle est au moins en avant de l'abcès fémoral.

M. Barth rappelle l'opinion ancienne de M. Bourjot Saint-Hilaire, qui voulait que le pus des abcès, surtout sur les côtés de la colonne vertébrale, suivit le trajet des nerfs.

M. Deville a disséqué une vingtaine de cadavres sur lesquels il y avait des abcès par congestion, pour étudier la marche suivie par le pus, et jamais il n'a vu le pus suivre exactement le trajet précis des nerfs. Toujours le pus d'un abcès par congestion simple, sans complication, suit la direction des canaux formés par les aponévroses. Mais une foule de complications peuvent venir changer l'état des parties, et l'aponévrose, qui jusque-là avait soutenu le pus, peut se rompre et le laisser passer. C'est ce qui a eu lieu dans le cas présenté par M. Monnot. Les parois de la gaine aponévrotique contenant le pus se sont ossifiées ; elles sont devenues cassantes, et les mouvements du membre inférieur ont déterminé la rupture absolument comme se rompt la membrane interne devenue créta-cée des artères, pour la formation d'un anévrysme.

M. Richard n'a disséqué que huit ou dix cas, et il est arrivé aux mêmes conclusions ; il ajoute que dans certains cas la quantité de pus contenu devient si considérable, que l'aponévrose environnante se rompt par la force de la pression ; les aponévroses n'ont pas en effet une force de résistance absolue, et doivent céder lorsqu'elles sont soumises à une distension trop considérable.

M. Caban n'accepte pas non plus que le pus suive le trajet des

nerfs ; mais pour qu'une aponévrose cesse de contenir du pus, il n'est pas besoin qu'elle se rompe ou qu'elle s'ossifie ; le pus peut très bien passer à travers les orifices qu'elle présente pour le passage des vaisseaux et des nerfs.

5. M. Fano présente un cas de cancer développé dans l'amygdale. Le fait est rare ; il y a des chirurgiens, comme Chélius, qui en nient l'existence ; d'autres, comme Boyer, n'en parlent pas. La tumeur a été enlevée en ville par M. Roux sur une femme de quarante ans environ qui paraissait saine d'ailleurs. Il y avait aussi derrière l'angle de la mâchoire une tumeur qui a été enlevée et qui, examinée au microscope, a les caractères d'une tumeur encéphaloïde. L'amygdale est un peu hypertrophiée dans ses éléments ; à l'une de ses extrémités se trouve une tumeur comme une petite noisette, qui est de l'encéphaloïde, de l'avis de toutes les personnes qui l'examinent.

6. M. Pigné demande une rectification pour une erreur typographique assez grave commise dans les comptes-rendus de l'année dernière. Il a présenté à la Société une hernie crurale congéniale sur un *fœtus* qui avait *trois ou quatre mois d'existence intra-utérine*, et lorsque le fait a été rapporté, il est cité comme appartenant à un *enfant de trois ans*.

7. M. Pigné a soutenu il y a quelque temps que parmi les monstruosités, il regardait la présence d'un doigt surnuméraire, et d'ailleurs, la multiplication de toute autre organe, comme un signe d'une duplicature de germes accolés et confondus. Cette proposition rencontra des opposants et des incrédules, parmi lesquels s'est rangé notre honorable président. Maintenant que M. Pigné possède plusieurs pièces à l'appui de son opinion, il se propose de les soumettre à l'examen de la Société Anatomique.

Celle qu'il présente aujourd'hui est relative à un fœtus anencéphale conservé depuis longtemps dans le musée Dupuytren. A l'extérieur, ce fœtus a une face, un corps, deux membres supérieurs et deux membres inférieurs parfaitement réguliers ; rien n'indique une duplicature, sauf qu'à la base de la verge bien normale, bien développée, se trouve un petit bourgeon d'un peu plus d'un centimètre de long, que M. Pigné eut l'idée de regarder comme une verge dont elle paraissait avoir la constitution. L'enfant est mort en venant au monde ; il n'a pas respiré. — Partant de ses idées sur la

duplication des germes indiquée selon lui par cette double verge, M. Pigné a disséqué le sujet avec soin. Le bassin est unique. La vessie n'a pas encore été ouverte; elle est unique, mais on voit à l'extérieur sur la ligne médiane, une rainure qui paraît indiquer un commencement de division en deux. Le rectum est unique, mais fort et large. La masse intestinale est volumineuse, plus qu'elle ne l'est d'habitude à cet âge. Les reins au nombre de deux, un de chaque côté, ainsi que la rate unique sont forts et très développés. A gauche, on trouve un estomac parfaitement caractérisé, avec ses culs-de-sac et ses courbures. Dans l'hypochondre droit, on trouve un second estomac aussi bien caractérisé que le premier. La foie est unique, volumineux du double au moins de son état normal; divisé en deux lobes égaux, il occupe toute la région sus-ombilicale; le cordon ombilical est unique, comme au reste dans tous les cas de soudure de germe, lorsqu'il n'y a qu'un foie. Le diaphragme est bien régulier, bien conformé: au dessous, on trouve deux péricardes placés l'un d'un côté, l'autre de l'autre, et renfermant chacun un cœur parfaitement conformé dans tous ses détails. Chacun de ces cœur est entouré à droite par un poumon divisé en trois lobes, à gauche, par un poumon divisé en deux lobes, en tout quatre poumons bien conformés. Les deux aortes sorties du cœur se dirigent vers la ligne médiane et se réunissent en une aorte unique. Ainsi, sur la seule inspection du petit bourgeon semblable à une seconde verge, alors que tout le reste était régulier à l'extérieur, M. Pigné a pu penser qu'il y avait là une duplication de germes accolés, et la dissection vient démontrer le fait de la manière la plus remarquable.

8. M. Hérad met sous les yeux des membres de la société trois pièces relatives au croup.

La première provient d'une petite fille de cinq à six ans, entrée à l'hôpital des enfants, service de M. Bonneau, et qui est morte quelques heures après son entrée. La fausse membrane envahit tout le larynx, obture la glotte et se prolonge dans la trachée dont elle dépasse la bifurcation.

La seconde pièce est envoyée par M. Duclos, interne à l'hôpital Necker; elle a été prise sur un enfant de cinq à six ans également, opéré par la trachéotomie, et mort trois ou quatre heures après

l'opération. La fausse membrane descend jusqu'à dans les bronches ; il y a en outre un peu de pneumonie.

Dans la troisième pièce, le larynx, la trachée et les bronches sont parfaitement sains, à part, un peu de rougeur dans les bronches, à partir de la bifurcation de la trachée, sans fausses membranes et sans mucosités. L'enfant, jeune garçon âgé de quatre ans et demi, était entré dans le service de M. Brudetot, il y a une vingtaine de jours, avec un croup confirmé et menace d'asphyxie, qui aurait pu cependant le laisser vivre encore un ou deux jours. L'opération de la trachéotomie a été pratiquée le jour même de l'entrée du malade. Pendant huit jours, l'enfant alla très-bien ; il allait guérir, lorsqu'il a été pris d'entérite avec dévoilement, et il est mort par suite de cette complication fâcheuse.

9. M. Hérard montre, en outre, une pièce qui prouve combien il faut procéder avec prudence pour nier l'existence du nerf récurrent d'un côté, alors qu'on ne le trouve pas à sa place normale. Le pneumo-gastrique gauche fournit le nerf récurrent de son côté, comme d'habitude. A droite, le nerf récurrent n'existe pas le long de la trachée ; en disséquant avec soin, M. Hérard a trouvé que le pneumo-gastrique droit fournit au niveau même du cartilage cricoïde un rameau nerveux qui se porte transversalement en dedans et se distribue au larynx, absolument comme le nerf récurrent.

10. M. Gros présente plusieurs dissections qu'il a faites du nerf facial, et qui démontrent l'existence et la disposition d'un nouveau rameau fourni par ce nerf. — Sur l'une des pièces, le rameau signalé naît dans l'aqueduc de Fallope par un tronc commun, avec la corde du tympan qu'il abandonne bientôt pour descendre dans l'aqueduc, en même temps que le nerf facial (1). Au niveau du trou

(1) Suivant une réclamation faite par M. Gros à la séance suivante, le rameau lingual ne descendrait pas dans l'aqueduc de Fallope avec le facial, mais s'engagerait dans un canal tout particulier, vertical, parallèle à l'aqueduc, creusé dans l'épaisseur du rocher. — Sur quatre nouveaux sujets sur lesquels M. Gros l'a recherché, le rameau lingual existait et naissait par un tronc commun avec la corde du tympan ; une de ces nouvelles préparations a été montrée à M. Cruveilhier. M. Gros discute de nouveau la priorité de la découverte de ce rameau ; il ne sait pas s'il ne faut vraiment pas considérer le fait comme nouveau. M. Cruveilhier n'a parlé d'un cas plus où

stylo-mastoidien, il s'engage dans une scissure placée profondément entre la lame vaginale et l'apophyse styloïde qu'il contourne. Il suit alors le bord interne du muscle stylo-pharyngien jusqu'au pilier antérieur du voile du palais. Là, il pénètre dans les muscles de la langue auxquels il se distribue jusqu'au milieu de l'espace qui sépare le pilier antérieur de la pointe de la langue. M. Gros donne à ce rameau le nom de *rameau lingual du facial*. Ce rameau a été découvert en partie déjà avant M. Gros; M. Cruveilhier est le seul auteur qui le signale; Meckel et Valentin n'en parlent pas. Le filet décrit par M. Richet, comme se rendant directement du facial au voile du palais, et qu'on peut voir sur la pièce déposée par cet anatomiste au musée de la faculté, n'est autre que le rameau lingual de M. Gros. Les deux faits de M. Cruveilhier et de M. Richet étaient les seuls connus jusqu'ici. — Dans tous les cas, le rameau lingual n'est pas aussi volumineux que sur la pièce précédente. Dans la seconde pièce de M. Gros, disséquée sur une tête appartenant à M. Bernard qui y avait préparé le nerf facial, on le trouve plus grêle et disposé d'ailleurs de même façon que le précédent. Ce petit volume, joint à la disposition du nerf dans la rainure styloïdienne où il est entouré non par du tissu osseux, mais par du tissu fibreux très serré que n'attaque pas l'acide nitrique, explique très bien pourquoi ce rameau a échappé à la plupart des anatomistes.

Si l'on tient compte de son origine commune avec la corde du tympan, des rapports communs qu'ils ont avec un nerf de sentiment chacun, à savoir le rameau lingual avec le nerf glosso-pharyngien auquel il est parallèle, et la corde du tympan avec le nerf lingual qu'il accompagne, on peut se demander si ce rameau lingual ne joue pas à la partie postérieure de la langue le même rôle que joue la corde du tympan à la partie antérieure de cet organe, suivant les recherches de M. Bernard.

Malgré ces nombreuses analogies, on pourrait néanmoins élever quelques doutes; car voici une troisième pièce sur laquelle le rameau lingual qui se termine de la même façon que dans les deux pièces précédentes, ne naît pas d'un tronc commun avec la corde du tym-

moins analogue, que comme d'une exagération de l'anastomose de Haller; quant au filet trouvé par M. Richet, il ne suit pas le trajet flexueux presque constant du rameau lingual.

pan. Il naît du rameau digastrique du facial; il contourne ainsi la base de l'apophyse styloïde, sans pénétrer entre cette apophyse et sa gaine; il contourne ensuite le muscle stylo-pharyngien, de telle sorte que, placé d'abord sur son côté externe, il répond bientôt à sa face postérieure, puis à son côté interne, et se comporte après cela comme les précédents.

Sur ces trois pièces, le rameau digastrique du facial existe bien développé et forme régulièrement l'anastomose signalée par Haller, avec le nerf glosso-pharyngien.

À partir de son origine, le rameau lingual grossit par suite d'anastomoses avec le grand sympathique par les filets qui accompagnent les artères voisines, surtout la stylo-mastoïdienne, et aussi le glosso-pharyngien.

44. M. Moutard Martin a trouvé une altération remarquable dans le foie d'une femme âgée de vingt-huit ans, morte à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Honoré. Sans cause connue, sans violences extérieures, sans infection purulente, cette femme, entrée depuis deux jours, s'est plainte tout-à-coup d'une douleur très violente à la région épigastrique, et a été prise de vomissements bilieux abondants; à la palpation et à la percussion, on reconnaît que le foie très volumineux s'étend à droite jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, et à la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic; dans ce dernier point la pression est très douloureuse, tandis qu'elle n'éveille aucune douleur dans l'hypochondre droit. On a fait appliquer des sangsues dont les piqûres continuent, malgré tous les soins, à fournir une hémorrhagie qui rend bientôt la malade anémique; la mort est survenue dans un état complet d'anémie au bout de six jours. — A l'autopsie, le foie offre un volume considérable.

Le lobe droit volumineux et dur contient deux kystes hydatiques. L'un, plus petit et plus ancien, s'est ouvert on ne sait où, car on ne trouve aucune altération sur les autres organes, ni sur le péritoine qui les recouvre; l'ouverture en est démontrée par des cicatrices placées sur la face externe et supérieure du lobe droit du foie; il contient, comme l'autre, un liquide parfaitement clair, transparent, dans lequel sont suspendus de petits granules. L'autre, largement développé et non ouvert, est aussi plus volumineux; il contient un liquide clair et un nombre considérable de granules hydatiques, les uns

petits comme des grains de millet et même davantage, d'autres plus volumineux. Un très grand nombre de ces granules sont libres et suspendus dans le liquide. Un plus grand nombre encore, peut-être des centaines, sont logés dans l'épaisseur de la paroi du kyste. Ces derniers, suivant la remarque de M. Pigné, se développent évidemment dans cette paroi, et ne sont pas du tout venus y adhérer après avoir été libres; car les plus petits y sont comme enfouis, et ceux volumineux comme des grains de chenevis y tiennent encore par une base large occupant la plus grande largeur de leur circonférence. M. Pigné fait voir qu'on peut suivre ici le développement de ces petites tumeurs hydatiques, en les séparant du kyste dont on enlève la lame qui les recouvre. On les voit d'abord composées par une membrane d'enveloppe et trois noyaux contenus, blancs et durs, soit placés l'un à côté de l'autre, soit embottés l'un dans l'autre, comme les trouve M. Bonnet dans une des tumeurs qu'il ouvre. Le liquide qu'on trouve à un degré de développement plus avancé entre l'enveloppe et le noyau, apparaît plus tard. Les noyaux eux-mêmes deviennent à leur tour de nouvelles tumeurs hydatiques. — Autour des deux kystes hydatiques, le tissu du foie est sain.

Le lobe gauche du foie est ramolli d'une manière remarquable, coloré en une teinte verdâtre foncée, qui contraste avec la couleur rouge-brun du reste du foie. Il est criblé dans son intérieur d'une multitude de petits foyers purulents contenant un pus épais et verdâtre par suite de son mélange avec une grande quantité de bile.

Parmi les particularités de cette pièce, une des plus importantes parmi celles présentées à la Société anatomique, M. Pigné signale de nouveau le développement si aisé à constater ici dans sa marche progressive. C'est une pièce qui vient démontrer l'exactitude de l'opinion des anciens, sur l'origine des hydatides qu'ils faisaient naître dans les parois même du kyste enveloppant.

*Impagination intestinale prise pour une dysenterie. — Personne
consécutive à des perforations. — Mort. — Autopsie.*

Observation recueillie par M. LAILLÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé **Neubauer** (Antoine), âgé de 42 ans, terrassier, d'une constitution détreinée, malgré ses occupations, d'un tempérament bilieux, d'une santé antérieure bonne, est entré à l'Hôtel-Dieu, annexé, service de M. Legrand, le 27 juin 1845.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, ce malade qui travaille aux fortifications et se nourrit mal, a été pris, à la suite d'une ingestion assez considérable d'eau de puits, étant en sueur, de coliques, qui, d'abord légères, sont devenues de plus en plus intenses; la diarrhée est arrivée de suite; les forces se sont perdues tout d'un coup, et il est survenu une prostration extrême.

Les selles au début étaient comme de la bile, dit le malade; la défécation était déjà douloureuse et il y avait du ténesme.

Le 22 juin. — Il est survenu des vomissements qui ont continué pendant trois jours; les selles sont devenues sanguinolentes; le malade ressentait de vives coliques; il ne souffrait pas d'ailleurs, et dormait la nuit.

Le 28 juin. — Prostration des forces; cependant le malade a toute sa connaissance; amaigrissement assez prononcé qui date du début du mal, à ce qu'il prétend.

Ventre tendu, peu douloureux à la pression. Il existe dans la fosse iliaque gauche et jusqu'auprès de la ligne médiane, une tumeur, mal limitée, qui en haut remonte dans le flanc du même côté, pour se perdre dans l'hypochondre; cette tumeur ne présente pas de bosselures manifestes; elle est dure, résistante au toucher, sans fluctuation, peu douloureuse à la pression, complètement mate à la percussion.

Le malade se plaint d'une douleur assez vive à l'hypogastre. Langue blanchâtre, humide. Pas de soif vive; un peu de faim. Pas de nausées ni de vomissements; borborygmes dans tout le ventre; selles excessivement fréquentes accompagnées d'épreintes; ténésme. Pas de traces évidentes de pus dans les matières, qui ressemblent à du frai de grenouilles strié de sang. L'anus n'est pas le siège d'une inflammation bien vive; sa muqueuse est pâle, décolorée et sans douleur à la pression. Pas de céphalalgie. Pas de crampes ni de fourmillements. Pas de toux. 68 pulsations égales, régulières. Rm, sirop de gomme et cachou; gom. sp. de coings; julep op. 0,40 d'heure en heure; 3/4 lav. amid. et pavot; bain; cataplasmes sur le ventre.

Le 29 juin. — Selles un peu moins fréquentes, liquides, à peine mêlées de matières fécales. Même état de la tuméfaction de la fosse iliaque; le malade n'a pas été à la selle la nuit, il est moins faible. 64 pulsations assez développées, égales, régulières. Quatre lavements au blanc d'œuf et pavots; 2 catapl.; julep. riz, sp. gomme, cachou 1 gram.; gom. sp. de coings.

Le 30 juin. — Toujours des selles fréquentes; matières ressemblant encore à du frai de grenouille. Même prescription.

Le 1^{er} juillet. — A peu près même état. Selles fréquentes, mais commençant à être mêlées de quelques matières fécales jaunâtres. Gomme, sp. de coings; Julep op. 0,40; riz, sirop gomme, cachou 1 gram.; catap.; bain; lavement au blanc d'œuf; 2 potages.

Le 2 juillet. — L'amélioration se soutient; selles moins fréquentes, toujours liquides. La tuméfaction qui existe dans la fosse iliaque paraît moins considérable; elle est moins dure et moins résistante. Même prescription; une portion d'aliments, vin.

Le 3 juillet. — Le pouls se relève, l'état général est meilleur. Trois ou quatre selles seulement dans la journée; le

malade se lève pour aller à la chaise percée qui se trouve à quelques pas de son lit. Il demande qu'on augmente ses aliments, ce qui n'est pas accordé. Gom. sp. de coing; jul. op. 0,40; riz, sp. gom., cachou 1 gram.; bain; une portion.

Le 4 juillet. — A peu près même état. Les selles sont devenues un peu plus fréquentes, mais elles ne sont plus accompagnées de vives douleurs depuis plusieurs jours. La tuméfaction de la fosse iliaque gauche est restée stationnaire. Pas de douleur vive à la pression. Même prescription. lave. au blanc d'œuf; une portion.

Le 5 juillet. — Même état du ventre, le malade est peut-être un peu plus abattu. La face n'est pas altérée. Même prescription.

Le 6. — Il est survenu dans la nuit, sans cause connue, une vive douleur dans tout le ventre, ayant son maximum d'intensité à l'hypogastre; un peu de ballonnement du ventre; des nausées, quelques vomissements, pas de matières fécales dans les vomissements; l'état des selles est à peu près le même; elles sont même un peu plus liées que les jours précédents; le pouls est petit et faible, 84 pulsations; pas de gêne notable dans la respiration, pas de céphalalgie. Même prescription; de plus, frictions mercurielles sur le ventre; diète.

Le soir, les vomissements sont devenus plus fréquents. Boissons frappées, coupées avec de l'eau de Seltz.

Le 7. — Le malade présente à peu près le même état que la veille, sensibilité assez vive du ventre, ballonnement médiocre, quelques selles liquides, toujours des vomissements, pouls fréquent et petit, un peu de gêne de la respiration. Riz, sirop de coings; gomme sucrée (le cachou est supprimé); potion opiacée 0,40; quatre lavements blancs d'œuf. frictions mercurielles; diète.

Le 8. — Le malade a toute sa connaissance; il est un peu excité; langue blanchâtre, mauvais goût de la bouche, soif vive, toujours des vomissements. Ventre ballonné, médiocrement douloureux à la pression; la tuméfaction de la fosse

iliac et du flanc gauche est restée stationnaire. Selles liquides, matières jaunâtres, sans mélange de pus. Encore quelques stries sanguinolentes; la défécation se fait sans douleur et presque sans efforts. Gomme, sp. coing, jul. opuscé 0,10; lavement au blanc d'œuf, cataplasmes, onctions mercurielles, diète.

Le malade meurt à une heure de l'après-midi, sans délire et sans agitation.

Dans les deux derniers jours, sa peau avait pris une teinte légèrement ictérique; elle était sèche et dure au toucher.

Autopsie 18 heures après la mort.

Quoique la mort ne date que de quelques heures, la putréfaction est déjà avancée. Un liquide noirâtre, dans lequel on reconnaît les traces du sang, s'écoule des fosses nasales et de la bouche.

Teinte verdâtre de la paroi antérieure de l'abdomen qui est distendue par une grande quantité de gaz; à peine est-elle incisée, que les anses intestinales énormément distendues par les gaz, font hernie et tendent à s'échapper.

La cavité abdominale contient environ deux litres d'un liquide purulent, assez semblable à du lait de beurre, dans lequel nagent quelques rares flocons albumineux. Il ne s'exhale de ce liquide aucune odeur de matières fécales; rien non plus dans son aspect n'indique la présence de ces matières.

Le péritoine qui recouvre les intestins est injecté, a perdu une partie de son brillant; il est rugueux et comme velouté.

Les anses intestinales sont libres; il n'existe pas d'adhérences qui les unissent les unes aux autres.

Dans la fosse iliaque et le flanc gauche, il existe une masse noirâtre qu'on ne sait trop d'abord à quoi rapporter. Vers le milieu de cette tumeur, on aperçoit une bousculure plus fon-

cée que le reste, elle présente à sa surface des stries transversales qui font reconnaître de suite qu'il s'agit de la face interne de l'intestin. Du reste, aucun signe de gangrène.

De peur de déterminer quelques déchirures, la cavité thoracique a été ouverte, vidée, le diaphragme détaché; le foie a été aussi enlevé, ainsi que l'estomac et une partie des intestins grêles; une anse qui semblait s'insinuer au dessous de la tumeur du flanc gauche a été liée et laissée dans le cadavre.

L'estomac et une portion d'intestins grêles enlevés n'ont présenté aucune altération; seulement en les examinant, j'ai été étonné de ne pas trouver le cæcum: on verra bientôt ce qu'il était devenu.

Tout ce qui restait dans la cavité abdominale faisait partie de la pièce pathologique; le mésocolon descendant le méso-iliaque et les attaches du rectum ayant été divisés, le rectum coupé à environ deux centimètres au dessus de l'anus, toute la masse a été enlevée; il a été alors facile de voir qu'il s'agissait d'une invagination considérable compliquée de rupture de l'intestin invaginant. Mais quelle était la disposition des parties? C'est ce que je vais chercher à décrire.

Avant de faire la description exacte de la pièce que je soumetts à la Société anatomique, je crois devoir décrire théoriquement, pour ainsi dire, et indépendamment des circonstances particulières au fait dont il s'agit, la disposition des anses qui entrent dans l'invagination.

On peut considérer l'invagination comme formée par trois cylindres concentriques:

Le premier externe est constitué dans ce cas par le colon descendant, l'S iliaque et l'extrémité supérieure du rectum; dans ce premier cylindre, la tunique péritonéale est la plus externe, la muqueuse la plus interne; c'est la disposition normale.

Le deuxième cylindre moyen est constitué par le colon

renversée, le colon ascendant et le cœcum renversés de telle sorte que la tunique muqueuse est externe et correspond à la tunique muqueuse du premier cylindre, qui, elle, est restée interne; la tunique péritonéale, au contraire, est interne, puisque dans ce cylindre moyen, l'intestin est retourné. Comme on le verra bientôt dans la description de la pièce, le cœcum forme l'extrémité inférieure de ce cylindre moyen; il doit donc avoir entraîné avec lui une certaine longueur de l'intestin grêle qui forme en effet :

Le troisième cylindre ou cylindre interne, qui, lui, n'est pas retourné; par conséquent, sa tunique péritonéale est externe et correspond à la tunique de même nature du cylindre moyen que nous avons vu être retourné; d'où il résulte que ces trois cylindres se correspondent par leurs tuniques de même nature, disposition importante à noter pour la marche ultérieure de la maladie.

On sait, en effet, que les intestins ont une bien plus grande tendance à se souder par leur surface séreuse que par leur muqueuse; par conséquent, on conçoit que des adhérences puissent se former, entre les séreuses en contact, au point de réflexion de l'intestin invaginé, et que celui-ci soit éliminé sans qu'il en résulte de solution de continuité au tube intestinal, ce qui rendra le pronostic moins fâcheux.

Ceci étant bien compris, je vais indiquer les particularités que présente la pièce dont il s'agit.

Au niveau de l'S iliaque et à sa face antérieure, il existe une déchirure à bords inégaux, dirigée transversalement, qui comprend environ les deux tiers de la circonférence de l'intestin; par cette déchirure fait hernie une masse noirâtre, du volume d'une grosse orange, légèrement étranglée, à la surface de laquelle on remarque des lignes transversales formées par les replis muqueux qui existent à la face interne du gros intestin invaginé. A deux travers de doigt au-dessus de cette déchirure, il en existe une seconde, un peu moins

considérable, et ne présentant pas la même disposition; au lieu d'être écartées, les deux lèvres sont juxtaposées comme celles d'une boutonnière, tirées par ses deux extrémités. A huit centimètres plus haut, en existe une troisième, arrondie, de la grandeur d'environ une pièce d'un franc; elle est fermée par l'intestin invaginé qui fait l'office d'un bouchon.

Ce premier cylindre invaginant étant incisé dans toute sa longueur, on a sous les yeux le cylindre moyen formé par le gros intestin retourné; il existe aussi à cet intestin, un peu au-dessus des perforations précédentes, une rupture dirigée suivant son grand axe, d'une étendue d'environ trois centimètres, dont les bords sont légèrement écartés, par laquelle l'intestin grêle était en rapport par sa face séreuse avec la face muqueuse du cylindre externe; aucune adhérence ne les unissait.

L'extrémité inférieure de la portion invaginée et retournée est constituée par le cæcum qui forme une espèce d'infundibulum, au fond duquel se trouve la valvule iléo-cæcale; elle est fermée de manière à empêcher le reflux des matières dans l'intestin grêle; l'introduction d'un stylet à travers cette valvule a nécessité plusieurs tentatives; l'orifice de l'appendice iléo-cæcal n'est pas dilaté; son intérieur ne présente aucune altération; il ne contient pas de corps étrangers.

Mais ce que cette pièce présente, selon moi, de plus remarquable, c'est la disposition de l'extrémité inférieure de la portion invaginée par rapport à la perforation inférieure de l'intestin invaginant; elle se trouve, en effet, à environ huit centimètres au-dessous de cette perforation; ce qui explique comment les matières fécales ne se sont pas épanchées dans la cavité péritonéale; en effet, pour qu'il y eût épanchement, il eût fallu de deux choses l'une, ou que la perforation existât avant que l'intestin fût descendu là où il est maintenant, ou, s'il était déjà arrivé là avant la perforation, que les matières remontassent, contrairement aux lois de la

pesanteur, entre le cylindre externe et le moyen ; mais il leur était bien plus facile de sortir par l'anus.

Aucune adhérence n'existe entre le cylindre externe et le moyen ; la muqueuse de l'intestin invaginant est légèrement enroulée, un peu épaissie et ne présente aucune trace d'ulcération ; la muqueuse de l'intestin renversé est d'un rouge plus foncé ; elle n'est ni épaissie ni ulcérée.

Entre le cylindre moyen et le cylindre interne, est interposée une grande partie du grand épiploon qui forme un magma inextricable. Il n'existe ni adhérences, ni pseudo-membrane, entre ces deux feuillets séreux.

La muqueuse de l'intestin grêle invaginé est à l'état normal sans traces d'inflammation.

À l'endroit où le gros intestin se replie sur lui-même pour s'invaginer, il n'existe encore aucune adhérence ; aucune pseudo-membrane qui eût pu résulter après l'élimination de toute la portion invaginée le bout supérieur du gros intestin au bout inférieur de l'intestin grêle.

Quant à la disposition des méésentères, il est impossible d'en rendre compte, dans l'état où se trouve maintenant la pièce.

En résumé, cette pièce me paraît intéressante et par l'étendue de l'invagination et par les perforations multiples qu'elle présente, et par la disposition qui s'oppose à l'épanchement des matières fécales dans le péritoine.

On comprend qu'une telle altération n'a pas été diagnostiquée ; mais l'eût-elle été, le traitement et la terminaison n'eussent probablement pas été différents.

La tumeur de la fosse iliaque gauche pouvait seule mettre sur la voie ; car de tous les symptômes présentés par le malade, c'est le seul dont on n'eût pu se rendre parfaitement compte, les autres se rapportent bien à une dysenterie et à une péritonite consécutive à une simple perforation.

Congrèze du membre inférieur; lésions artérielles; congestion de tous les organes qui reçoivent du sang de l'aorte avant sa division; névralgie apleurétique dans le poulmon; ramollissement hémorrhagique de l'encéphale.

Observation recueillie par M. LABAT.

La nommée Guilbert, indigente, née à Montreuil-sur-Marne, est entrée au traitement des aliénés à la Salpêtrière, le 3 février 1845, et passée à la division des chroniques, le 14 du mois de juin.

Voici quel est l'état de Guilbert le 10 décembre.

Elle est de petite taille, d'une constitution grêle et très maigre. A son entrée, elle se tenait encore sur les jambes et marchait un peu; mais elle faisait des chutes fréquentes. Depuis longtemps la station est devenue tout à fait impossible; Guilbert passe la journée assise. Les mouvements des bras sont libres; la malade ne porte cependant les mains à la tête qu'avec difficulté. On ne remarque pas de tremblement des mains. On n'observe pas d'embarras dans la parole, et si elle ne prononce pas nettement tous les mots, c'est qu'elle ne trouve pas toujours très promptement celui qu'elle veut dire. Pas de tremblement avant ni après la prononciation; mouvements convulsifs continus dans les globes oculaires. Pas d'idées de grandeur; la malade apprécie très bien ce qu'elle gagnait comme couturière, et elle dit qu'elle n'a pas fait d'économies, que son mobilier était médiocre.

Elle a la mémoire très faible; ne sait pas si elle est mariée; cette faiblesse de la mémoire paraît remonter très haut au dire de la malade qui prétend avoir été toute sa vie irrésolue. Elle comprend difficilement les questions qu'on lui fait; elle ne sait pas en quelle année nous sommes; elle ignore le nom de la maison où elle est; ne peut pas dire son âge, ni depuis combien de temps elle a perdu la vue. Elle

est gâteuse depuis son entrée. Elle mange avec beaucoup d'avidité, et copieusement. Elle dort bien la nuit et même quelquefois le jour dans son fauteuil. Son pouls est petit, irrégulier, à 72 pulsations environ par minute. — Depuis son entrée elle a un peu maigri.

Trois jours après, Guilbert est prise de dévoitement, de douleur à l'hypogastre; le pouls radial est plein, dur, accéléré: 85 pulsations environ. La face est animée; pas de sommeil la nuit. La langue est humide et rosée; l'appétit diminué, la soif peu augmentée. Les selles sont fréquentes et du moins copieuses; car la malade gâte sous elle; elles sont liquides, jaunâtres, séro-muqueuses. On lui prescrit deux pots de gomme sucrée, deux quarts de lavements de lin avec 4 gouttes de laudanum dans chaque, et deux bouillons.

Le 14 décembre. — Le dévoitement continue, la langue est un peu collante et la soif augmentée. La malade est taciturne, et lorsqu'on la presse de questions pour obtenir une réponse, elle manifeste de l'anxiété, répond par monosyllabes; son visage, toujours très coloré, exprime la souffrance. Le pouls se maintient avec les mêmes caractères. La percussion et l'auscultation ne font connaître aucune lésion des organes respiratoires. La même prescription est continuée, moins le bouillon.

Le 15. — L'affaissement succède à l'inquiétude. Même état de la soif, de la langue, des selles, du pouls, de la face. La sœur de la salle nous dit que la malade a un pied froid, blanc et comme mort: c'est celui du côté droit; mais ce qui frappe le plus mon attention, c'est que le gauche est d'un rouge violacé; il est aussi d'un froid glacial. La moindre pression exercée sur l'un ou l'autre pied y détermine des douleurs très vives et qui arrachent des cris à la malade; la douleur paraît cependant être plus vive dans le pied gauche. La rougeur s'étend jusqu'au niveau des

insolubles, et présente çà et là quelques petites mûrures.

La flexion du membre est douloureuse. Les artères cutanées ne battent plus, et la malade prie lorsqu'on veut s'assurer de leur état; elles forment une corde dure sous le doigt.

La percussion de la région précordiale ne révèle pas une hypertrophie du cœur; mais en y appliquant la main, on sent des battements très énergiques. Par le moyen de l'auscultation, on reconnaît un bruit qui accompagne les deux temps, et dont le maximum d'intensité est un peu au-dessus de la troisième côte. Celui qui accompagne le premier bruit se dirige vers le bord interne de la clavicule, le second se perd vers le mamelon; le premier bruit est allongé et se confond avec le second.

Le pouls se maintient fréquent, dur et irrégulier.

Prescription : une boule d'eau chaude et des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée aux pieds; deux pots de riz avec 8 grammes de ratanhia pour boisson; diète.

Le 46. — Les selles deviennent plus glaireuses et plus liquides; elles n'ont jamais présenté la moindre trace de sang. Les douleurs persistent dans le ventre et dans les membres inférieurs.

La sensibilité est diminuée dans le pied gauche; elle augmente dans le droit qui perd de sa pâleur. Le froid persiste dans les deux côtés. Le pied gauche prend une teinte plus foncée; la peau est moins luisante et moins tendue; on y voit çà et là quelques rides, et le pied paraît avoir perdu un peu de son volume qui n'a jamais été bien considérable; la teinte violacée s'est étendue au tiers inférieur de la jambe. Le pouls irrégulier conserve sa fréquence et devient plus petit. Le cœur présente les mêmes phénomènes. La face conserve la même coloration; la langue se détache. La malade est dans un affaissement extrême; les paupières sont fermées; la respiration s'accélère; l'état de la malade est tel

que, l'association est incompatible avec l'augmentation de la température. On continue les compresses d'eau-de-vie camphrée; on donne une potion de quinquina modérément abaisse.

Le soir son état s'aggrave encore, et le malade meurt à une heure du matin.

L'autopsie est faite 32 heures après la mort par une température basse, et un air pur. L'organe est pluvieux.

Les parties du pithis sont de moyenne épaisseur. La capsule de l'oreille se détache avec facilité. La dure-mère est flasque et n'est pas remplie par la masse cérébrale; il ne s'est pas écoulé cependant de sérosité au moment de l'incision.

Cette membrane incisée, on voit à gauche une fausse membrane qui tapisse la face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde. Cette membrane, transparente dans une grande partie de son étendue, est dans quelques points rouge et infiltrée de sang. Dans la partie correspondante du lobe postérieur gauche, la fausse membrane est presque partout d'un rouge vif; elle n'existe pas au dessus de la tente du cerveau, du même côté; mais elle existe partout dans le reste de la base du cerveau; elle devient de plus en plus mince et tout à tout arachnoïdiforme. Les membranes à la surface de l'hémisphère sont épaissies, opaques dans plusieurs points: les veines sont dilatées. L'hémisphère est mou. Ses membranes très épaissies s'entèvent très facilement et d'une seule pièce; les vaisseaux artériels sont ossifiés en plusieurs points et très développés. Il n'y a nulle part d'adhérences de ces membranes avec la substance cérébrale. La base du cerveau est pâle, sans piqueté. Les circonvolutions sont dentées et paraissent présenter un commencement d'atrophie. La substance blanche du même hémisphère est piquetée; la substance grise est saine. La substance blanche entourant la partie postérieure du ventricule gauche est ramollie par places. Le déplissement s'en fait avec une extrême facilité.

L'hémisphère droit présente le même état des membranes. Avant de les enlever, on avait aperçu une dépression au lobe postérieur droit. En les enlevant, on voit à un tiers centimètres carrés de substance jaunâtre, une vaste cavité sans parois et circonscrite, formée par le ramollissement de la partie interne du lobe postérieur jusqu'au ventricule; le ramollissement s'étend même à tout le lobe postérieur. A la partie postérieure du lobe moyen, on observe une circonvolution altérée et remplacée par une substance jaunâtre, très solide et résultant évidemment d'une ancienne hémorrhagie. Aux environs de cet amas de substance jaune, on trouve tout à fait à la surface, une certaine quantité de petits points hémorrhagiques, contenant un caillot de la grosseur d'une tête d'épingle pour les plus volumineux. Les nerfs optiques n'offrent pas d'altération.

Le corps étant réclamé par les parents, on ne peut examiner ses yeux qui vu la grande tendance du système artériel de cette femme vers l'ossification, pourraient bien présenter une ossification de la rétine et avoir causé sa cécité.

Les membranes du cerveau sont saines; il y a dans la partie postérieure du lobe droit, un petit foyer hémorrhagique de la grosseur d'une grosse lentille. D'ailleurs pas autre chose dans toute l'étendue de cet organe.

Le réseau vasculaire qui rampe à la surface de la moelle est notablement congestionné. La substance même de la moelle coupée en différents sens offre un piqueté assez abondant dans les deux substances qui sont fermes d'ailleurs.

On remarque un peu d'emphysème sous la plèvre dans le bord inférieur et au sommet du poumon droit; le doigt peut déplacer la bulle d'air dans toute la surface d'un lobule. Le poumon gauche est maintenu contre les parois thoraciques par une adhérence intime des deux plèvres; il crepite dans sa portion antérieure; en arrière, il présente à la

coupe un liquide spongieux rosé ; il résiste assez bien à la pression du doigt. On remarque çà et là dans l'intérieur de l'organe des *petits caillots de sang noir* qui tranchent avec la couleur des parties voisines déjà assez foncées. Le volume de ces caillots est environ celui d'une lentille ou d'un petit pois.

Le foie est de couleur brune, ferme et gorgé de sang.

La rate est assez volumineuse, ferme et rouge violet.

Les reins sont gorgés de sang et ne présentent pas d'autre altération.

Le pancréas participe à la congestion des organes voisins.

La vessie est petite, ratatinée, sans épaissement des parois ; pas de trace de congestion.

L'utérus est atrophié ; le corps de cet organe n'est pas plus gros qu'une aveline ; la grosseur du col égale celle du corps. Il est pâle, décoloré.

Il n'y a pas d'altération saisissable dans le tube digestif jusqu'au-delà du duodénum. Dans le jejunum, on commence à voir une teinte rosée de la muqueuse et une vascularité plus grande sous-péritonéale ; la muqueuse n'est pas ramollie, s'enlève par lambeaux étendus, au moyen du scalpel. Cette teinte augmente d'intensité à mesure qu'on l'examine plus près de la terminaison de l'intestin grêle, où elle est d'un rouge foncé. Au cœcum, elle est plus foncée, presque noirâtre jusqu'au niveau du rectum ; mais, vers la fin du tube digestif, la teinte redevient plus claire ; elle est alors rouge violet. Il n'y a pas d'ulcération dans tout le gros intestin ; la muqueuse n'y est pas ramollie, et le sang paraît être épanché dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Cet afflux de sang dans tous les organes qui reçoivent du sang de l'aorte tient-il à l'oblitération plus ou moins complète qu'on a constatée dans les artères hypogastriques de Guibert ? Je suis porté à le croire ; car, s'il n'en était ainsi, pourquoi les organes qui reçoivent du sang des hypogastriques ou des artères qui leur font suite, tels que la ves-

sie, l'utérus, ne seraient-ils pas gorgés de sang, comme le foie, la rate, les reins, le poumon, le cerveau, etc... ? La terminaison du gros intestin, qui reçoit du sang des hypogastriques, est moins injectée que sa partie supérieure, et les parties molles des membres inférieurs offrent un caractère de sécheresse.

Le péricarde ne renferme que peu de liquide et pas de fausses membranes.

Le cœur est augmenté de volume : les vaisseaux qui rampent à sa surface sont très saillants, les veines sont gorgées de sang, les artères présentent des altérations diverses. La circonférence du cœur, prise au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire, est de 23 centimètres. Le ventricule gauche est hypertrophié. La distance qui sépare la pointe du cœur du sillon auriculo-ventriculaire, passant par la portion la plus convexe du ventricule, est de 11 centimètres. La circonférence de ce même ventricule, prise en dedans, est de 11 centimètres dans sa plus grande étendue. L'épaisseur de ses parois est de 25 cent., y compris l'épaisseur d'une colonne charnue. La consistance n'est pas altérée. Ce ventricule renferme un petit caillot sanguin, peu coenueux. Les colonnes charnues qui tendent la valvule mitrale sont hypertrophiées. Cette valvule est saine à sa face interne; mais la portion de valvule qui va se continuer avec la valvule aortique, présente à sa face antérieure quelque chose de rugueux, formé par des plis longitudinaux ; ces plis ne portent que sur la membrane extérieure qui est dépolie, épaissie, et se détache dans une grande étendue ; la couleur en est jaunâtre par petites plaques ; mais cette couleur est due à de la matière calcaire ramollie, qui est sous-jacente, car les lambeaux qu'on soulève sont transparents et sans couleur. Dans l'intervalle qui sépare les plaques jaunâtres, la valvule est rosée, et la couleur tient à l'injection du tissu cellulaire que cette membrane tapisse.

Le ventricule droit n'a pas 0,005 d'épaisseur, et conserve

sa consistance et sa couleur normales. La membrane interne de ce ventricule paraît saine, ainsi que celle qui tapisse les oreillettes, qui n'offrent rien de particulier.

L'oreillette et le ventricule droits sont médiocrement distendus par des caillots un peu fibrineux au centre, entourés de sang noir ; ces caillots n'adhèrent pas aux parois des cavités qui les renferment, et si l'on éprouve une certaine résistance en les enlevant, c'est parce qu'ils sont traversés par les tendons des valvules.

La circonférence de la face interne de l'aorte, prise à la base de ses valvules, est de 0,062. Les valvules aortiques ont perdu leur souplesse et leur élasticité ; elles présentent une convexité interne qui ne permet pas leur effacement complet en poussant de l'eau par le ventricule gauche. Si l'on verse de l'eau par l'aorte, l'eau s'échappe assez rapidement par l'ouverture faite au ventricule, ce qui donne lieu à une insuffisance et à un rétrécissement, dont le malade a présenté les symptômes que j'ai consignés dans l'observation. La rigidité de ces valvules tient à une agglomération de petits points osseux, qui par leur réunion forment une plaque incomplète. L'ossification est plus avancée à la base des valvules qu'à leur centre. Le bord libre et leurs côtés jouissent encore d'une assez grande élasticité ; la membrane extérieure de ces valvules est épaissie et un peu dépolie.

L'aorte est malade dans toute son étendue. La vascularité de la partie extérieure du vaisseau est notablement augmentée. La tunique externe est généralement rosée ; mais elle présente par plaques, correspondant à un épaississement considérable du vaisseau, un réseau vasculaire d'un rouge vif.

Examinée par sa face interne, l'aorte, après avoir été vidée d'une certaine quantité de sang noir groseille qu'elle renfermait, et avoir été soumise à un courant d'eau, présente une multitude de plaques de diverse nature, faisant toutes de légères saillies à l'intérieur du vaisseau et séparées par des espaces non altérés. La face libre de la tunique interne

est généralement rugueuse et ridée. Les plaques, pour la plupart jaunâtres, sont tapissées par la tunique interne mince ou peu épaissie ; au-dessous, on trouve une matière gypseuse, et, quelquefois au centre de cette matière, une petite lame osseuse ; quelques-unes manquent de tunique interne, et la matière qu'elles renferment, étant en contact avec le sang, se trouve très ramollie, et forme une espèce de putrilage. Il y a, en outre, des plaques d'une autre nature, plus grandes et d'une couleur rosée, quelques-unes d'un rouge assez vif ; elles siègent, les unes en avant, les autres en arrière, les autres sur les parois latérales de l'aorte, et ne peuvent pas être dues à l'imbibition cadavérique, si l'on considère surtout que la tunique interne est très épaissie, de même que le tissu cellulaire qu'elles tapissent, et qui est, pour quelques-unes, évidemment vasculaire ; pour d'autres, il est vrai que ce caractère n'est pas appréciable. A quelques-unes de ces plaques adhèrent des caillots fibrineux, dont les uns sont gros comme une aveline, les autres plus petits, et présentent tous un commencement d'organisation. Les orifices des artères que fournit l'aorte sont rétrécis ; mais aucun n'est oblitéré.

L'aorte se termine en formant un cylindre osseux de 0,04 de hauteur ; il est enveloppé de matière calcaire, que tapissent les tuniques externe et interne ; il paraît être formé dans l'épaisseur de la tunique moyenne. La tunique interne manque en deux points, et laisse à découvert un putrilage en contact avec le sang. Ce cylindre est encore rétréci par la présence de deux caillots allongés dans la direction du sang, et qui adhèrent à ses parois ; ils ressemblent à ceux qui tapissent les plaques rouges de l'aorte.

Les iliaques primitives offrent les mêmes caractères que l'aorte à sa terminaison. La gauche présente un caillot proportionnellement beaucoup plus volumineux ; son volume est tel qu'il intercepte presque complètement le cours du sang ; il adhère intimement à l'artère par un de ses côtés ; l'orga-

nisation y est moins avancée que dans les précédentes. Après qu'on a fermé l'iliaque primitive droite, de l'eau versée par l'aorte ne s'échappe que goutte à goutte par l'iliaque externe gauche, divisée transversalement.

Les artères hypogastriques droite et gauche sont très rétrécies par des ossifications, de la matière calcaire ou des caillots, et les iliaques externes sont complètement oblitérées par un caillot qui s'étend jusque dans toutes les artères du membre inférieur.

A partir des iliaques, les altérations sont à peu près les mêmes des deux côtés pour les artères de même nom et les mêmes que dans les artères crurales. Pour éviter de nombreuses répétitions, je vais décrire seulement une de ces artères, et noter les différences que les autres peuvent offrir s'il y a lieu.

La vascularité de la tunique externe de la crurale est augmentée. Les vasa vasorum sont plus développés. Le tissu cellulaire qui entoure ce vaisseau est infiltré d'un liquide rouge. La veine adhère très intimement à l'artère, sans renfermer de caillots et sans coloration bien manifeste de sa tunique interne. L'artère est très distendue par des caillots sanguins; elle ressemble presque à une artère remplie d'une masse injectée pour une dissection. Après le lavage prolongé, la face interne de l'artère reste colorée par plaques, et généralement très rugueuse, ce qui est dû à la matière calcaire sous-jacente; elle présente en outre un dépoli qui lui est propre.

On enlève assez facilement la tunique interne qui est transparente, à moins qu'on ne parvienne à l'isoler de la matière gypseuse qu'elle tapisse, ce qui me confirme dans l'opinion que la coloration observée à la face interne du vaisseau est due à l'injection du tissu cellulaire, et non pas à l'imbibition cadavérique; car la tunique interne devrait être également colorée. A mesure qu'on examine les artères plus près de la terminaison du membre, on trouve que l'é-

paississement de l'artère est proportionnellement plus considérable, et que le caillot sanguin qu'elles renferment est plus adhérent, moins coloré et plus ancien. Aucune artère du membre inférieur n'a échappé à la maladie, et la tendance à la formation de la matière calcaire ou osseuse est très grande; car on les trouve dans les artères du membre supérieur et même du cerveau, à un moindre degré, il faut le dire.

Le pied droit ne diffère pas par sa couleur des parties voisines; on ne dirait pas qu'il ait été malade.

Le gauche est d'un rouge violacé, et cette couleur s'étend jusque au-dessus des malléoles; en cet endroit, la peau présente quelques marbrures d'un rouge grisâtre; plus bas, l'épiderme est sec, ridé, et le membre paraît avoir diminué un peu de volume. Les orteils sont d'une couleur un peu grise et bleuâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané est d'un jaune grisâtre. Les muscles sont d'un rouge vif, et le tissu cellulaire profond se confond avec la couleur rougeâtre des parties qu'il entoure. Le périoste adhère encore aux os.

L'altération des fesses est la même que celle du pied gauche.

La femme, dont je viens de rapporter l'observation, n'était pas évidemment affectée d'une simple artérite, telle qu'on la comprend aujourd'hui; mais ne pourrait-on pas rattacher à cette maladie toutes les autres lésions qu'on trouve à l'autopsie? En effet, Dupuytren regardait déjà les ossifications et la matière calcaire, disposées dans les artères, comme le résultat d'inflammations antérieures de ces vaisseaux; ce n'est pas en cinq jours de maladie que ces produits nouveaux si considérables ont pu se former.

L'afflux du sang vers tous les organes que j'ai signalés à l'autopsie est évidemment le résultat de l'oblitération des artères du membre inférieur et du rétrécissement considérable de la terminaison de l'aorte et des hypogastriques, laissant de côté l'hypertrophie du cœur, qui avait à vaincre

un rétrécissement de l'orifice de l'aorte, et à soutenir le choc en retour de la colonne du sang aortique par suite d'une insuffisance de ses valvules.

Le dévoiement peut bien être rattaché à la présence du sang infiltré dans la muqueuse intestinale, suite de l'oblitération des artères résultant elle-même de l'inflammation de ces vaisseaux.

Si nous groupons enfin dans un même cadre, d'une part, tous les symptômes observés pendant la maladie, tels que la fréquence du pouls qui est dur et plein, la coloration du visage ; le froid glacial des pieds, leur coloration qui est d'un blanc cadavérique pour le droit, d'un rouge violacé pour le gauche ; les douleurs très vives, siégeant dans les deux pieds d'abord, puis augmentant dans le pied pâle à mesure que la sensibilité diminue dans le pied violacé ; la cessation des battements des artères crurales, qui sont dures, tendues, douloureuses dans tout leur trajet ; l'affaissement et la petitesse du pouls, le dernier jour de la maladie ; et, à côté, les caractères suivants que présentent les pièces anatomiques, et qui sont : 1° l'augmentation de vascularité de la face externe des artères du membre inférieur ; 2° le développement plus considérable des *vasa vasorum* ; 3° les rugosités et les rides qu'on trouve à la face interne des artères enflammées ; 4° l'épaississement de ces mêmes artères ; 5° l'engorgement du tissu cellulaire voisin ; 6° les caillots de sang qui remplissent les vaisseaux ; 7° la gangrène symptomatique du pied gauche et de la région fessière, etc....., je ne pense pas qu'on puisse se refuser de croire à l'existence d'une artérite.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE
PAR M. BONNET.

A cette observation intéressante à plus d'un titre, M. La-

bat a donné le titre suivant : *Artérite chez une paralytique aliénée. Gangrène symptomatique, occupant le pied, le bas de la jambe gauche et les fesses. Congestion de tous les organes qui reçoivent du sang de l'aorte avant sa bifurcation. Noyaux apoplectiques dans un poumon et dans le cervelet.* Il était nécessaire de rapporter ici ce sommaire, afin de montrer dans quel esprit l'auteur a conçu l'arrangement et l'interprétation des faits pathologiques.

En premier lieu, quelle est la nature des altérations des mouvements, du sens de la vue et de l'intelligence? La maladie qui résulte de cette réunion de symptômes mérite-t-elle d'être qualifiée d'aliénation mentale? Nous ne connaissons pas l'histoire de la malade avant la dernière année de sa vie; mais peut-être dans ce court espace de temps trouverons-nous des faits suffisants pour nous former une opinion à cet égard. Dans les six derniers mois, nous trouvons la vue abolie, et le progrès de la paralysie se fait encore, à cette époque, des membres inférieurs aux supérieurs. En même temps, on observe une remarquable et universelle imbécillité de l'intelligence.

Rapprochons maintenant de ces symptômes les résultats de l'autopsie des centres nerveux. Dans l'hémisphère droit du cerveau existe dans une grande étendue des lobes moyen et postérieur, un ramollissement de la substance nerveuse; au milieu de cette altération, se voient deux foyers hémorragiques considérables et déjà anciens, accompagnés d'une certaine quantité de très petits épanchements de même nature. Un autre petit foyer se trouve encore dans le lobe droit du cervelet. A gauche, on remarque aussi un certain ramollissement de l'hémisphère. En outre, une fausse membrane rouge et infiltrée de sang dans une grande partie de son étendue, recouvre la face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde, dans les points correspondants au lobe postérieur et à la base de cet hémisphère. Cette fausse membrane, qui n'a pas été soumise à notre examen, et dont M. Labat

ne détermine pas la nature, peut être aussi justement considérée comme le résultat d'une ancienne hémorragie intrarachnoidienne, que comme le produit d'une inflammation de la méninge. Je dois dire pourtant que la description donnée me fait pencher vers la première opinion.

Quoi qu'il en soit, du reste, de cette question d'origine, il n'en est pas moins certain que, d'après les autres lésions observées, les désordres des fonctions motrices, sensoriales et intellectuelles doivent être rapportés à cette espèce de ramollissement cérébral appelée *hémorrhagipare*.

Ces remarques, auxquelles M. Labat n'a pas donné place dans ses réflexions, étaient, je crois, nécessaires pour fixer les idées sur la maladie de Guilbert. Elles tendent à montrer qu'en étudiant isolément chez elle la paralysie et le désordre de l'intelligence, on s'exposait à donner le titre d'entité morbide et le nom de *démence sénile* aux derniers symptômes d'une affection cérébrale de longue durée.

Examinons maintenant tout ce qui se rapporte à l'affection dénommée par M. Labat « Gangrène symptomatique d'une artérite. » Nul doute que, d'après les symptômes observés pendant la vie, on ne dût croire à la mortification prochaine des extrémités inférieures, ou tout au moins du pied gauche: seulement fallait-il, peut-être, pour appliquer justement ce nom de gangrène, attendre l'apparition de phlyctènes ou de tout autre signe caractéristique d'une désorganisation locale.

Précisons en passant la nature d'un produit que M. Labat désigne sous le nom vague de *putrilage*, et qu'il a trouvé entre des plaques calcaires libres par leur circonférence et la tunique moyenne des artères. Ce sont tout simplement de petits amas fibrineux, plus ou moins friables et décolorés, selon l'époque de leur dépôt et dont la matière colorante imbibe le tissu voisin sous la forme d'un cercle ou d'une aréole bleuâtre.

En terminant son travail, le candidat conclut nettement

à l'existence d'une artérite. Entend-il dire une artérite aiguë et contemporaine des symptômes observés dans les derniers jours de maladie ? Il n'a pu avoir cette pensée ; et je trouve dans ses réflexions une phrase qui s'oppose à une interprétation pareille. Ce serait donc, selon lui, à une artérite chronique, qu'il faudrait rapporter les altérations observées dans les diverses artères.

Ici, Messieurs, commence la divergence entre M. Labat et votre rapporteur. Je ne veux pas lasser votre patience en remettant sous vos yeux la discussion déjà ancienne sur la valeur des colorations rouges et des plaques calcaires, etc., comme caractères anatomiques de l'inflammation des artères. Qu'il me suffise de vous dire que j'ai cru embrasser le parti de la vérité, en suivant l'opinion qui n'admet comme lésions caractéristiques de l'artérite que la rougeur par injection vasculaire, et la formation de produits plastiques. D'ailleurs, aujourd'hui que la *sub-inflammation* est un peu moins en faveur, on croira difficilement à une artérite chronique, quand rien, dans les antécédents de Guilbert, non plus que dans la majorité des observations, ne prouve l'existence d'une artérite aiguë à aucune époque de la vie, et quand on n'a pas un symptôme que l'on puisse présenter comme caractéristique de l'artérite chronique.

BULLETIN N° 5 (Mai 1846).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BONNET, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER, DESORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUJET, THIRIAULT ET A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Phlébite suppurée sans infection purulente. Direction des caillots flottants dans les artères et dans les veines. Rapports de la phlébite avec l'infection purulente. Oblitération complète ou incomplète des veines par des caillots. — 2. Coryza purulent précédant une méningite. — 3. Foie gras coïncidant avec une entérite chronique sans traces de tubercules. — 4. Rectocèle vaginal. Hernie vaginale. — 5. Duplicature des germes chez un fœtus de tigre qui ne présentait à l'extérieur qu'une langue surnuméraire. — 6. Duplicature des germes chez un fœtus qui a deux cœurs dans un même crâne. — 7. Double céphalématome interne. — 8. Hernie épiploïque de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic.
- B. Cancer du cœcum affectant la première portion du colon, dans l'étendue de quatre centimètres; rétrécissement considérable. Abscès de la fosse iliaque interne, ouvert dans la région fessière; déchirure du fascia iliaque. De l'hypertrophie des organes creux par l'effet de la distension.
- C. *Sur le muscle interne du marteau, venant directement du facial* (note et rapport).
- (Observation, rapport et discussion).

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Cusco présente la veine iliaque interne et une partie de la veine cave inférieure d'une femme de 35 ans environ, morte deux mois après une amputation de la cuisse gauche dans le service de M. Maudin à l'Hôtel-Dieu. Quelque temps après l'amputation, la malade a été prise d'un frisson peu intense; elle n'a jamais eu de signes évidents d'infection purulente; mais elle est allée s'affaiblissant, ne

mangeant pas, prise de vomissements abondants, et elle est morte de consommation. Du côté du moignon, il y avait eu des douleurs assez vives avec gonflement et formation d'un abcès qu'on avait dû ouvrir. — À l'autopsie, on trouve dans le moignon un clavier étendu qui paraît dépendre en partie au moins de la veine fémorale; le pus en est bien lié, de bonne nature; il remplit la veine qu'il distend, et dont les parois épaisses, analogues aux parois des anciens abcès, diffèrent complètement des parois des veines. Plus haut, la veine fémorale se resserre et en se continuant avec la veine iliaque, elle est remplie par un caillot dur, ferme, résistant dans toute son épaisseur, qui les oblitère toutes deux dans une étendue de quatre à cinq centimètres. Il est impossible de trouver là la moindre trace de cavité; car le caillot est très adhérent. Dans la veine cave inférieure, à l'embouchure de l'iliaque, le caillot se prolonge sous forme d'un cône dont le sommet libre est dirigé du côté du cœur. Le caillot descend ensuite dans la veine hypogastrique qu'il oblitère. Les veines collatérales profondes de la fémorale, et la veine saphène interne sont oblitérées par des caillots, sans qu'elles soient d'ailleurs malades. Nulle part d'abcès métastatiques; quelques tubercules au sommet du poumon.

M. Pigné fait remarquer la disposition du caillot libre par une de ses extrémités. Ce fait est assez commun dans les artères et dans les veines, et se produit de la même manière que s'agrandit une île dans une rivière. L'extrémité libre est dirigée du côté du cœur pour les veines, vers les extrémités pour les artères.

M. Deville trouve le fait fort remarquable, en ce sens qu'il vient démontrer encore une vérité qui est d'ailleurs bien reconnue. Si la phlébite suppurée n'a pas donné lieu à l'infection purulente dans ce cas, cela tient à la disposition du caillot qui a empêché le passage du pus dans le sang. Ainsi la phlébite suppurée, cause unique de tous les cas désignés sous le nom d'infection purulente, (et non de diathèse purulente qu'il faut bien en distinguer) peut ne pas produire cette infection.

M. Jousset trouve que la pièce n'a pas grande valeur sous ce point de vue, parce qu'il ne manque pas dans la science d'observations de suppuration dans les veines, coïncidant avec une diathèse purulente, malgré qu'il y eût de longs caillots dans les veines, isolant le pus.

M. Deville répond à M. Jousset que dans ces cas, il peut y avoir encore mélange du pus avec le sang, par un mécanisme qu'il n'y a pas lieu d'exposer maintenant, mais il est difficile; aussi M. Deville défie M. Jousset de lui montrer un grand nombre de cas analogues à celui de M. Cusco, dans lesquels il y ait eu infection purulente.

A la séance suivante, M. Jousset demande la parole pour répondre à l'assertion émise par M. Deville relativement à la pièce de M. Cusco. M. Deville, dit M. Jousset, nous a défié d'apporter beaucoup de pièces dans lesquelles une oblitération des veines enflammées et suppurées, existe en même temps que des abcès multiples; or, M. Jousset a lu depuis le mémoire de Dance, les travaux de Hunter, de M. Cruveilhier, divers recueils, entr'autres le Bulletin de la Société anatomique, et il a constaté que dans le cas où des abcès multiples coïncidaient avec une phlébite suppurée, le plus souvent la veine présentait une oblitération au-delà du point en suppuration.

M. Deville répond que M. Jousset a mal compris son explication. Il reconnaît comme presque tout le monde, et il a appris par M. Cruveilhier que le pus d'une veine enflammée, est séparé presque toujours du sang en circulation, par une matière appelée par les uns caillot, par les autres fausses membranes. Il ne nie donc pas ce fait incontestable, comme paraît le prétendre M. Jousset. Il ne veut pas entrer d'ailleurs en ce moment dans la discussion de savoir comment, malgré cela, le mélange du pus avec le sang peut avoir lieu, parce que son intention est de soulever plus tard une discussion approfondie sur ce sujet, au sein de la Société anatomique. Mais en attendant, M. Deville prend acte de la présentation faite par M. Cusco; là, en effet, la phlébite s'était développée lentement, de telle façon qu'un caillot très long, solide dans toute l'épaisseur de son calibre et très adhérent aux parois veineuses avec lesquelles il se confondait, produisait une oblitération des plus complètes dans une longueur notable. Par suite de la longueur et de la densité de ce caillot, tout mélange du pus avec le sang était devenu impossible, et cette particularité rend compte de l'absence d'infection purulente. Dans presque tous, si ce n'est tous les cas analogues, en est de même, et c'est parce que M. Jousset réclamait à cet égard, que M. Deville lui a porté le défi de présenter à la Société beaucoup de pièces où il y eût une oblitération par une masse aussi

solide, aussi longue que dans la pièce de M. Cusco, avec coïncidence d'infection purulente.

M. Jousset fait observer que tous les auteurs n'ont pas donné la longueur des caillots observés par eux; mais on trouve dessinés dans l'ouvrage de M. Cruveilhier des caillots fort longs dans les cas de phlébite suppurée avec infection purulente. — M. Pigné appuie cette manière de voir de M. Jousset, parce que beaucoup de faits analogues ont été observés par lui, et plusieurs sont consignés dans les Bulletins de la Société anatomique. Dans un de ceux dont il se rappelle. l'oblitération envahissait toute la hauteur de la veine fémorale; il y avait infection purulente, et la veine poplitée seule renfermait du pus. — Selon M. Cruveilhier, ces caillots ne sont pas un obstacle au mélange du pus avec le sang.

La discussion est portée alors sur un autre terrain par MM. Jousset, Cahen et Barth. Il s'agit de savoir si la présence du caillot empêche réellement le pus de se mêler avec le sang.

M. Cahen déclare que selon lui, les caillots sont perméables au pus, par suite de la présence dans leur centre d'un véritable canal, si ce n'est complètement vide, du moins rempli d'une substance semi-liquide, très susceptible d'imbibition. Le caillot présente donc dans son centre une espèce de cratère par lequel le pus peut sortir.

M. Jousset prétend que l'existence de ce canal n'a pas été constatée, et qu'on ne peut pas l'admettre dès qu'on connaît la loi qui préside aux oblitérations vasculaires.

M. Cahen répond que c'est à M. Jousset, qui nie ce canal, à prouver qu'il n'existe pas. Pour sa part, il l'a très bien vu dans plusieurs cas, et il fait remarquer que dans la pièce de M. Cusco, ce canal n'existe pas. Au reste les travaux récents de M. Amussat ont prouvé d'une manière définitive que les caillots sont perméables à leur centre dans les premiers temps.

M. Pigné dit que la présence d'un canal au centre d'un caillot est positive à une certaine époque; il s'accorde sous ce point de vue avec M. Cahen, mais il diffère entièrement d'opinion avec lui, quant à l'époque à laquelle ce canal existe. M. Cahen le place au centre de caillots récents, tandis que M. Pigné le place dans des caillots anciens. Dans des caillots récents, jamais M. Pigné n'a vu de canal au centre; mais lorsque le caillot devient ancien, il est soumis à une

sorte d'absorption qui creuse son centre d'abord, et qui finit par le faire disparaître plus ou moins complètement.

M. Cruveilhier vient à l'appui de l'opinion de M. Cahen; car il montre que dans les caillots toutes les couches ne sont ni contemporaines ni aussi résistantes les unes que les autres. Les plus anciennes et les plus résistantes sont à la circonférence; les plus récentes et les plus molles sont au centre.

La perforation du caillot à son centre, dit M. Barth, est une question soulevée depuis longtemps, bien avant M. Amussat. M. Reynaud par exemple a admis qu'à une certaine époque les caillots pouvaient se perforer. A l'époque où M. Barth eut connaissance de cette opinion, il lui sembla d'abord difficile de l'admettre comme vraie. Puis il examina et il vit bien positivement, comme le prétendent M. Cahen et M. Cruveilhier, que le caillot récent est formé de couches concentriques dont celles du centre sont molles et liquides. M. Reynaud a donc eu tort de dire que le caillot pouvait se perforer, mais il a avancé quelque chose de vrai, puisqu'en vertu de la formation du caillot par des couches concentriques, le centre reste perméable. — Mais une fois que le caillot est bien complet, que sa cavité centrale est remplie, qu'il est bien consistant dans toute son épaisseur, il ne tend plus à se perforer; le sang tendrait plutôt à se coaguler à son voisinage. Si l'on apporte des faits qui prouvent cette perforation, il faudra l'admettre cependant. En attendant, M. Barth n'y croit pas; il ne l'a jamais vue. Il a bien observé dans des artères et dans des veines quelques caillots anciens et perforés; mais il croit que c'étaient des caillots dont le canal central n'avait pas été bien rempli, d'autant plus que ces caillots n'ont pas la régularité qu'on pourrait désirer dans ces cas. Lorsqu'un vaisseau a été complètement obitéré par un caillot, il n'y a qu'un moyen de guérison; le caillot se confond avec les parois du vaisseau, et tout le calibre éprouve lentement un retrait qui le réduit à n'être plus bientôt qu'un mince cordon fibreux. — Il résulte donc de l'étude attentive des faits que le résultat d'une inflammation vasculaire est de produire un coagulum; lorsqu'il se forme, ce coagulum est composé de couches concentriques dont celles du centre restent quelque temps perméables; il semble résulter en outre des observations de M. Barth, qu'un caillot complet ne peut plus se perforer à son centre.

M. Jousset croit qu'au point de vue de l'évolution on peut se

rendre compte de toutes ces dissidences. Lorsqu'il y a phlébite et que le caillot se forme, M. Jousset ne peut pas admettre que le caillot ne se forme pas complètement. L'opinion opposée n'est fondée sur aucun fait; c'est une vraie hypothèse. Il le comprendrait peut-être après une ligature par exemple. — M. Jousset comprend très bien aussi que le caillot une fois formé puisse disparaître, puisqu'on cite des cas de guérison.

M. Barth répète de nouveau que, selon lui, les veines complètement oblitérées ne peuvent plus redevenir perméables et se réduisent à l'état de cordons fibreux. La même chose arrive pour les artères; dans les expériences nombreuses de M. Amussat, que M. Barth a toutes vues, il n'a pas trouvé une seule exception. — Relativement aux veines, M. Barth a observé en 1835, à la Pitié, un cas fort curieux de ce genre. Une phthisique avait présenté une tuméfaction œdémateuse d'un membre inférieur; à l'autopsie, on trouva la veine iliaque primitive remplie par des caillots solides, tandis que du côté non œdématié, on ne trouva pas la moindre trace de veine iliaque primitive. M. Barth alla alors à la recherche de la veine cave inférieure; il l'ouvrit et en descendant de haut en bas, il tomba au niveau de la veine iliaque dans un cul de sac, au-delà duquel il n'y avait plus qu'un cordon fibreux du côté œdématié. Il y avait donc une phlébite des deux côtés; d'un côté elle persistait avec présence de caillots et œdème, tandis que de l'autre côté elle était guérie, mais par transformation de la veine oblitérée en cordon fibreux, tandis que la circulation collatérale s'établissait. Ce fait n'est pas exceptionnel; M. Barth est disposé à croire que c'est la règle. Une veine complètement oblitérée l'est pour toujours.

2. M. Macquet apporte une série de pièces : 1° un coryza purulent qui paraît avoir précédé une méningite chez un enfant de 15 mois.

3. Un foie gras chez le même enfant, qui avait une entérite chronique sans traces de tubercules nulle part; fait que M. Macquet a eu occasion de remarquer déjà et que M. Legendre aurait signalé aussi, d'après le dire de M. Barth; ce fait important prouve que, chez les enfants du moins, le foie gras n'est pas forcément concomittant avec une tuberculisation.

4. Un rectocèle vaginal considérable chez une femme de 28 ans; M. Barth fait observer que des tumeurs de cette nature peuvent

donner lieu à des erreurs de diagnostic. En 1834, lorsque M. Barth était interne en chirurgie, il vit une femme chez laquelle était venue faire saillie au dehors une tumeur encore plus volumineuse que celle présentée par M. Macquet; on crut à un prolapsus utérin; la femme mourut d'une autre maladie, et à l'autopsie on trouva au contraire l'utérus très-élevé dans le bassin; la tumeur était constituée par une masse d'intestin grêle déprimant, en forme de hernie, la paroi postérieure du vagin.

5. *M. Pigné* continue à présenter des pièces à l'appui de son opinion sur la duplication des germes, indiquée par cela seul qu'un petit organe extérieur est surnuméraire.

Celle d'aujourd'hui est relative à un petit fœtus de tigre, âgé de 40 à 45 jours et hydranencéphale, mais parfaitement bien conformé d'ailleurs. Dans la bouche, on trouve une langue bien conformée avec son frein. Au-dessous et un peu à droite d'elle, sort du plancher de la bouche une autre langue toute petite, comme atrophiée, quoique offrant exactement sa forme régulière, et aussi son frein. Par suite de sa manière de voir, *M. Pigné* a dû conclure sans autre examen, que l'individu était double. En effet, il y a deux vessies se rendant dans un ouraque unique; l'intestin se termine dans le bassin par deux rectums bien distincts. Il y a un seul foie et deux reins. Sur le diaphragme se trouve un cœur avec deux poumons; mais en arrière de ce cœur, entre lui et le diaphragme, il y a deux tout petits poumons, et entre eux un petit cœur bien conformé.

6. Une des particularités les plus curieuses, et sans contredit des plus rares parmi les duplicatures d'organes, est sans contredit la présence de deux cerveaux dans un même crâne, tels que *M. Pigné* en présente un exemple. Un enfant venu au monde bien constitué, à part les détails relatifs à la tête, a respiré, puis est mort. Il y a un seul globe céphalique; mais sur sa partie antérieure, on trouve deux éminences représentant chacune un menton, deux bouches presque complètes, avec un bec de lièvre chacune; il manque à chaque ouverture buccale la petite portion qui devrait être étendue du bec de lièvre à la commissure interne; entr'elles deux se trouve une masse arrondie, sans formes dessinées. Les yeux sont au nombre de quatre; les deux plus internes sont presque en contact l'un avec l'autre, et les paupières de l'un ne sont séparées des paupières de l'autre que par un petit pont cutané. *M. Pigné* a enlevé la

peau de cet enfant, qui a été ensuite comme empaillée pour être conservée avec sa forme dans le musée; et de cette façon il a pu prendre la portion céphalique pour l'examiner. — Sur le squelette de la tête, on trouve deux mentons bien conformés et très anguleux. De chaque côté se voient deux cavités orbitaires complètes. Sur la ligne médiane existe une troisième cavité orbitaire unique, mais formée évidemment par la réunion de deux cavités orbitaires dont il n'existe que deux trois quarts de chacune; pas de cloison intermédiaire. Les deux apophyses zygomatiques latérales sont régulières; sur la ligne médiane il y en a deux autres réunies en forme de pont, au dessous de la troisième cavité orbitaire déjà décrite. Les fosses nasales sont complètes, au nombre de deux de chaque côté. La surface interne du crâne est régulière; on ne voit à sa base que deux voûtes orbitaires, deux rochers, un seul trou occipital. — Dans ce crâne unique on voit la moelle épinière se bifurquer et envoyer ses deux branches de bifurcation dans deux cerveaux bien distincts, isolés par les méninges, sans cloison osseuse intermédiaire; les deux cerveaux ont le même volume, une forme conique à sommet supérieur et sont composés chacun de deux hémisphères séparés par une faux bien constituée. Il n'y a pas de tente du cervelet, ni de cervelet. Si les céphalœmatomes dont nous allons parler tout-à-l'heure étaient placés là, on pourrait croire que la compression exercée par eux a pu atrophier les cervelets; mais les céphalœmatomes sont placés à la partie antérieure du crâne. — Cette présence simultanée de deux cerveaux dans un même crâne est d'autant plus remarquable, que rien à l'extérieur de la boîte crânienne ne l'indiquait.

7 Sur ce même enfant, la partie antérieure de la face interne de la voûte du crâne présente un double céphalœmatome; les deux tumeurs sont placées entre les os et la dure-mère qui est ossifiée sur eux, fait que M. Pigné a annoncé il y a une douzaine d'années et que M. Velpeau avait contesté. — M. Cruveilhier n'est pas bien sûr que la dure-mère soit vraiment ossifiée, et engage M. Pigné à préparer plus complètement la pièce, pour la représenter à la société.

8. M. Deville présente au nom de M. Froment, qui l'a trouvée sur un cadavre à Clamart, une petite hernie épiploïque, du volume d'une noisette, sur la ligne blanche à la région épigastrique, tout près de l'appendice xyphoïde. Le pourtour du collet herniaire est confondu

intimement par de fortes adhérences avec la portion rétrécie de l'épiploon qui le traverse.

Cancer du cæcum, affectant la première portion du colon dans l'étendue de quatre centimètres ; rétrécissement considérable. Absès de la fosse iliaque interne, ouvert dans la région fessière ; déchirure du fascia iliaque.

Observation recueillie par M. MACQUET, interne à l'hôpital Cochin.

Le 29 février 1846, est entrée à l'hôpital Cochin (service de M. Nonat), la nommée D....., âgée de 32 ans, domestique.

Cette femme, d'un tempérament nerveux, est d'une constitution faible, anémiée ; elle se dit atteinte d'une maladie qu'elle fait remonter à deux ans ; traitée à plusieurs reprises différentes, à la Charité, à l'Hôtel-Dieu annexe, elle est découragée, persuadée qu'il n'y a pour elle aucune chance de guérison. Les médecins lui ont dit qu'elle avait une tumeur dans le côté droit. Cette maladie aurait débuté par une douleur vive dans la région de l'aîne droite ; cette douleur s'irradiait vers la région des reins ; une constipation opiniâtre, de la perte d'appétit, des digestions difficiles, tels sont les symptômes qu'a observés la malade. La constipation, la douleur des reins fixaient surtout son attention ; la douleur était une sensation d'élancements ayant leur point de départ à la région des reins, et s'irradiant vers la partie interne et supérieure de la cuisse droite ; cette douleur était surtout intolérable quand la constipation persistait depuis plusieurs jours.—Pas de vomissements ni de nausées ; pas de toux ; dans ces derniers temps, une faiblesse extrême, telle que la malade ne pouvait se lever. Dans les hôpitaux où elle

a séjourné, dit-elle, plusieurs mois, on lui aurait appliqué des sangsues, des vésicatoires sur l'hypochondre droit ; ce traitement n'aurait amené aucune amélioration ; la constipation était combattue par des lavements purgatifs ou par l'eau de Sedlitz. Lorsque la malade avait été à la selle, elle se trouvait soulagée.

Elle ignore la cause de la maladie pour laquelle elle est venue à l'hôpital ; l'ayant interrogée avec soin sur la santé de sa famille, nous n'avons trouvé aucune preuve d'une prédisposition cancéreuse ou tuberculeuse.

Elle n'a fait dans sa vie aucune autre maladie grave.

Réglée à 15 ans, elle l'a été fort irrégulièrement, surtout depuis deux ans ; il y a six mois les menstrues se sont supprimées complètement.

Depuis son enfance elle est sujette à éprouver des palpitations, des étouffements, des bouffées de chaleur au visage. Elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Etat actuel. — Amaigrissement, pâleur générale ; la physionomie exprime la tristesse, l'abattement. Lèvres pâles, décolorées ; la langue est légèrement saburrale au milieu, sans douleur notable ; pas d'appétit, soif assez vive ; pas de mal de gorge ; ni nausées, ni vomissements ; ventre moins développé à droite qu'à gauche, dans l'espace qui sépare la crête diaque du bord inférieur de la dernière côte, souple à la pression, excepté dans la région iléo-cœcale, où l'on sent une résistance très grande. La pression détermine dans ce point une douleur vive, qui arrache des cris à la malade ; la douleur devient moins forte lorsqu'on ne comprime plus, mais elle persiste ; elle a son maximum d'intensité dans la région des reins, et s'irradie vers la partie interne et supérieure de la cuisse droite ; elle suit aussi la direction du pli de l'aîne, et semble aboutir à la grande lèvre. Matité dans la région du colon ascendant et du colon transverse, plus marquée au niveau du cœcum et en arrière, se confondant sans ligne de démarcation notable avec celle du rein. La malade n'a pas été à la

selle depuis cinq jours. Plus de fièvre. Pouls 72-76, régulier, très mou, fluctuant ; les veines du poignet sont complètement effacées ; dans la région carotidienne gauche, on constate un double bruit de souffle assez doux, assez moelleux. Rien de notable pour la respiration. La malade dit uriner facilement : les urines sont transparentes, sans dépôt au fond du vase qui les contient ; traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles n'ont fourni aucun précipité.

Le toucher rectal et vaginal n'a fait constater aucune lésion dans les organes génitaux et leurs annexes.

L'intelligence est nette, bien conservée.

Jusqu'au 20 mars, pendant son séjour à l'hôpital Cochin, cette malade n'a pas présenté d'autres symptômes que ceux qui ont été notés à l'entrée : la constipation était combattue par des lavements, des potions avec l'huile d'amande douce ; la douleur, par des cataplasmes laudanisés et quelques préparations opiacées à l'intérieur ; la faiblesse, par un régime tonique. Sous l'influence de ce traitement, on n'observa aucune amélioration. Le 20 mars, dans la nuit, la malade a été prise de frissons, de fièvre ; la douleur des reins est devenue plus intense, la malade a eu du dévoïement ; les matières qu'elle a rendues sont très liquides, de couleur *vert olive*, très fétides, sans traces de sang ni de pus.

Le 21, au matin, la face est plus altérée que la veille ; la malade pousse des gémissements ; elle dit que la douleur de côté est plus intense ; il lui semble qu'on lui *déchire le flanc*. — La langue est sèche, ronge à la pointe et sur les bords ; pas de mal de gorge, ni nausées, ni vomissements. Le ventre très douloureux à la pression dans la région de la fosse iliaque droite, en avant et en arrière ; la main, appliquée dans cette région, constate une élévation de température : la peau est chaude, âcre au toucher. L'étendue de la matité est augmentée ; la matité est plus marquée qu'à l'entrée dans la région iléo-cœcale. La jambe droite est fléchie sur la cuisse, la cuisse sur l'abdomen, et le genou est tourné en dehors ;

les mouvements sont impossibles, la malade poussant des cris, lorsqu'on veut les faire exécuter. A la constipation habituelle a succédé une diarrhée très abondante et de sept ou huit selles par jour ; la malade fait sous elle, ne demande plus le bassin. Pouls, 112, 116, régulier, très petit, filiforme. Agitation extrême, abattement, anxiété. Le murmure vésiculaire est comme à l'état normal. Les bruits du cœur sont nets, bien frappés. Le souffle de la région carotidienne persiste.

Les jours suivants, la malade a offert les mêmes symptômes à un degré de plus en plus marqué ; la langue est devenue plus sèche, recouverte en son milieu d'un enduit jaune noirâtre ; la soif est très vive ; pas de nausées ni de vomissements ; la douleur du côté droit est devenue *gravative* ; il semblait à la malade qu'elle avait un poids énorme dans la région des reins et de l'aîne du côté droit. Le dévoiement est devenu de plus en plus abondant, et les phénomènes d'affaissement, de prostration de plus en plus marqués.

Le 27 mars, une main appliquée sur la partie postérieure de la région costo-iliaque a pu sentir une fluctuation profonde produite par les mouvements que l'autre main imprimait à la partie antérieure de cette même région. L'espace compris entre la crête iliaque et le bord inférieur de la dernière côte présentait une dépression qui contrastait avec le développement du côté opposé ; le dévoiement persiste. — Le pouls à 120-124, toujours petit, irrégulier. La peau est chaude, acré au toucher. — La respiration n'offre rien d'anormal.

Le 30 mars, la malade dit souffrir plus que d'habitude surtout vers la région fessière droite. Ayant examiné avec soin la malade, nous avons observé un soulèvement des parties molles au niveau de la crête iliaque, et occupant toute la fesse droite ; ce gonflement est limité en avant, au niveau du muscle tenseur de l'aponévrose fémorale, et en arrière,

au niveau du sacrum ; en bas, il a effacé complètement le sillon qui sépare la cuisse de la fesse, et il envahit la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse. Dans tous ces points tuméfiés, lorsqu'on presse avec le doigt, il reste une empreinte qui persiste long temps. En appliquant une main sur la paroi abdominale correspondant à la fosse iliaque, et l'autre main sur la région fessière, par des pressions alternativement exercées dans ces deux régions, on sent une fluctuation profonde, bien caractérisée ; pendant ces pressions, on voit les parties molles se gonfler surtout vers la partie moyenne de la crête iliaque. — La diarrhée est très abondante ; l'affaiblissement est très marqué, tel que M. Michon ne croit pas devoir pratiquer de ponction.

Vers les derniers moments de la vie, la malade a accusé une douleur très vive dans toute l'étendue de l'abdomen ; cette douleur était continue, très intense sous l'influence d'une pression même légère. Outre les symptômes déjà notés, la malade a eu des nausées très fréquentes et des vomissements de matières jaunes verdâtre. Depuis plusieurs jours, elle avait des frissons, la nuit surtout. Le dévoiement a toujours persisté.

Pendant tout le séjour à l'hôpital, les urines n'ont offert aucune altération appréciable.

Morte le 3 avril, dans la nuit.

Autopsie, 36 heures après la mort. — *Habitude extérieure*. Amaigrissement considérable. La fesse droite fait une saillie très marquée ; le sillon qui la sépare de la cuisse est complètement effacé.

Ayant disséqué avec soin les aponévroses de l'abdomen, nous n'avons trouvé de traînées purulentes qu'au-dessous du fascia superficialis ; cette traînée purulente, suivie avec soin, nous a conduit dans la région fessière, où il existe une quantité considérable de pus infiltré dans le tissu cellulaire sous cutané. Dans plusieurs points, l'aponévrose fessière présente des perforations qui admettent l'extrémité du pe-

tit doigt ; ayant incisé cette aponévrose à l'aide d'une sonde canelée, introduite dans l'une de ces perforations, nous avons trouvé la fosse iliaque externe remplie d'un liquide crémeux, jaune verdâtre, sans odeur, mêlé à des débris de fibres musculaires ; le grand fessier était complètement détruit vers sa partie moyenne et supérieure ; le petit et le moyen fessier étaient intacts. En remontant vers la crête iliaque, nous avons observé une large communication entre la fosse iliaque externe et la fosse iliaque interne ; le fascia iliaca avait été détruit dans l'étendue de cinq centimètres, vers la partie moyenne de la crête iliaque.

Ayant ouvert largement la cavité abdominale, nous avons trouvé à la surface du foie quelques trainées purulentes ; le péritoine est généralement injecté, et le grand épiploon plonge dans le petit bassin, où il adhère avec la face supérieure de la vessie. Le foie envahit la région épigastrique et l'hypochondre gauche, et il offre un diamètre transverse de 34 centimètres sur un diamètre vertical de 17 centimètres.

A l'extérieur, le tube digestif présente sa coloration normale ; on observe des différences très marquées dans le volume des circonvolutions. Le gros intestin est revenu sur lui-même ; son diamètre est bien inférieur à celui de l'intestin grêle ; il est d'autant moindre qu'on l'examine plus près de son extrémité inférieure ; au niveau de la fosse iliaque gauche, il a à peine 2 centimètres de diamètre. L'intestin grêle présente des circonvolutions d'autant plus développées qu'on les considère plus voisines du cœcum.

Le cœcum est adhérent par sa face antérieure avec le feuillet du péritoine qui se réfléchit au niveau du pli de l'aîne sur la paroi abdominale antérieure ; il est soulevé et s'applique immédiatement sur la paroi abdominale.

Ayant ouvert les intestins en place, nous avons trouvé dans l'estomac un demi-litre d'un liquide jaune verdâtre, rougissant fortement le papier de tournesol ; la membrane

muqueuse gastrique et celle de l'intestin grêle n'ont offert aucune altération. Vers le tiers inférieur de l'iléum, à mesure que l'intestin devient plus dilaté, on voit évidemment sa paroi augmenter d'épaisseur ; à 6 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cœcale, sous la membrane muqueuse et entre les fibres musculaires, on voit le tissu cellulaire devenir plus épais et plus transparent. La valvule iléo-cœcale est parfaitement saine du côté de l'intestin grêle ; l'orifice qu'elle circonscrit admet à peine l'extrémité du petit doigt. Les parois du cœcum sont dures au toucher, et de son intérieur on retire des débris de feuilles, des noyaux de cerises ; le cœcum n'offre plus sa forme prismatique ; il est revenu sur lui-même, ses parois crient sous la lame du scalpel qui les incise ; la membrane muqueuse présente de nombreuses ulcérations, dont aucune ne communique avec le foyer situé au-dessous. Le tissu cellulaire sous-muqueux et intermusculaire est très épais, résistant et transparent dans l'étendue de 5 centimètres environ. Le gros intestin contient de la matière fécale jaune verdâtre, très fétide ; sa membrane muqueuse n'offre aucune trace d'injection ni d'ulcérations.

Le rein droit est soulevé ; il fait une saillie considérable au-dessus du cœcum. L'uretère droit est adhérent aux parties latérales du cœcum ; il est perméable aux urines.

Immédiatement au-dessous du cœcum, on observe une collection de liquide crémeux, jaune verdâtre, sans odeur, mêlé à des détritux de fibres musculaires, occupant la fosse iliaque interne dans ses deux tiers postérieurs, remontant sur la partie latérale droite, au-devant du psoas et communiquant avec la région fessière par la déchirure du fascia iliaque, décrite précédemment ; elle est limitée en dedans par l'insertion du fascia iliaque au détroit supérieur du bassin, et, en bas, par la compression que le cœcum exerce sur la gaine des psoas et iliaque. Le muscle iliaque est en partie détruit. La tablette interne de l'os iliaque est dépourvue de son périoste ; elle offre à sa surface des taches brunes ; lors-

qu'on percuté l'os, il rend un son plus sec que celui du côté opposé ; il est aussi plus friable. En avant de cette collection de pus, immédiatement au-dessous du cœcum, le tissu cellulaire est épaissi, très résistant, lorsqu'on veut le couper.

La veine iliaque droite n'est point comprimée.

Tous les autres organes examinés avec soin n'ont offert aucune lésion.

RAPPORT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

par M. Pigné.

Je désire surtout appeler l'attention sur l'hypertrophie des parois du bout supérieur de l'intestin.

C'est une loi connue depuis longtemps, mais qui peut-être n'a pas reçu tous les développements qu'elle mérite, que celle qui veut que plus un organe fonctionne, plus il augmente de volume.

Déjà Morgagni avait dit : (Epist. XVII, § 43) *quia crebriores et validiores motus, major musculorum crassitudo sequitur*, et les applications de cette proposition sont nombreuses.

Nous savons tous en effet que plus un membre est exercé, plus il prend de développement ; tâchons de démontrer que c'est la même loi qui préside à presque toutes les hypertrophies des organes de la vie de nutrition, exactement de la même manière qu'elle préside au développement des organes de la vie de relation.

Qu'un obstacle matériel quelconque s'oppose au cours de la circulation artérielle, tels que rétrécissements de l'orifice aortique, ossification des valvules, anévrisme ou tumeur qui comprime un tronc artériel, et aussitôt l'action du cœur augmente ; et elle augmente en raison de l'obstacle à surmonter. Cette augmentation de fonctions amène bientôt une augmentation dans l'épaisseur des parois musculieuses du

côté gauche. Que l'élasticité de l'aorte soit détruite dans une certaine étendue, soit par l'effet d'une ossification, soit par celui d'une inflammation, et le cœur se trouve obligé d'agir avec une énergie plus grande pour pousser le sang presque dans les derniers vaisseaux capillaires.

Qu'un obstacle matériel survienne au cours du sang veineux qui va aux poumons, tel que rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, ossification de ses valvules, affection chronique du poumon, ou tumeur développée dans la poitrine qui ralentisse l'hématose, le cœur droit est obligé d'agir avec une grande énergie pour se débarrasser du sang qui s'accumule en plus grande quantité dans ses cavités, et cette augmentation d'action amènera une augmentation de volume dans les parois du cœur droit.

Qu'un obstacle au cours des matières fécales, tel que hernie, rétrécissement, tumeur, etc., survienne dans le trajet de l'intestin, les matières s'accumulent au-dessus et les parois intestinales réagissant avec plus d'énergie, pour leur faire franchir l'obstacle, s'hypertrophient.

Pareil phénomène survient à la suite des rétrécissements de l'urètre, causés par la formation d'un calcul vésical; car la vessie réagit d'une manière permanente sur lui, pour s'en débarrasser, comme elle réagit sur l'urine qui s'accumule et ses parois s'hypertrophient dans la proportion de l'augmentation de l'énergie qui lui est nécessaire pour expulser son contenu.

Que le col utérin s'oblitére, et que le produit des règles s'accumule dans la cavité utérine; qu'une tumeur se développe dans cette même cavité, l'utérus agira énergiquement pour se délivrer de ces produits qui sont étrangers à son état normal, et cette énergie accidentelle amènera aussi une hypertrophie accidentelle de ses parois.

Ainsi donc nous rencontrons cette hypertrophie de l'organe partout où nous rencontrons une augmentation de fonctions; c'est pour cela que j'ai depuis longtemps désigné

cette espèce d'altération sous le nom d'hypertrophie fonctionnelle, pour la distinguer des hypertrophies nutritives qui reconnaissent une cause différente.

Cette même hypertrophie fonctionnelle, nous la rencontrons dans tous les autres organes.

Qu'une tumeur vienne comprimer un rein, qu'une inflammation purulente détruise son tissu, qu'il soit converti en un ou plusieurs kystes, et aussitôt le rein du côté opposé, étant obligé de fonctionner pour deux, s'hypertrophie d'une manière sensible.

Qu'une affection mercurielle vienne augmenter la sécrétion salivaire, et immédiatement la parotide et les glandes salivaires augmentent de volume.

Que la respiration soit suspendue d'un côté de la poitrine, le poumon du côté opposé fonctionne pour deux, la respiration y devient plus fréquente et plus énergique, et le poumon augmente de volume, puisque dans ces cas il reçoit de profondes empreintes des côtes, comme cela arrive dans certaines inflammations.

Voyez les femmes qui, suivant l'usage dans certains pays, n'allaitent que d'un sein : cette mamelle prend bientôt un développement qui quelquefois est prodigieux, tandis que l'autre qui ne fonctionne plus s'atrophie presque.

Dans le cas qui vous a été soumis par M. Macquet, nous rencontrons un rétrécissement de l'origine du cœcum, et nous trouvons une hypertrophie notable de la fin de l'intestin grêle ; c'est donc un cas d'hypertrophie fonctionnelle d'un organe excréteur. Voyons donc quels sont les effets de cette hypertrophie dans toute la catégorie des organes excréteurs ; nous aurons peut-être un jour l'occasion de nous expliquer sur ses effets dans les autres organes. Pour être plus courts, nous allons formuler une série de propositions.

L'hypertrophie, déterminée par cette modification de la fonction, est en rapport avec le degré de l'obstacle à surmonter.

Elle est en rapport avec la force générale de l'individu, plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, chez les adultes que chez les vieillards.

Elle n'atteint jamais un très haut degré dans les cas où l'obstacle survient brusquement.

Elle est plus considérable lorsque l'obstacle se développe lentement, ou qu'il existe depuis longtemps.

Avec cet épaissement des parois, la cavité n'augmente de volume que dans les cas où l'énergie des parois ne suffit pas pour l'expulsion complète du liquide.

Ordinairement, au contraire, il y a diminution de cette cavité, lorsque l'énergie des parois suffit à l'expulsion complète du liquide, au fur et à mesure de sa déposition dans la cavité.

Mais il arrive un moment où les muscles, comme fatigués par des efforts trop longtemps prolongés, perdent de leur énergie; il semble que l'innervation se soit épuisée, et alors la réaction des parois sur le liquide diminue, et le liquide continuant à s'accumuler, distend mécaniquement les parois, qui dès lors s'amincissent dans la même proportion que la cavité augmente.

La distension des parois peut atteindre des proportions d'autant plus grandes que l'hypertrophie fonctionnelle antérieure avait été plus considérable; elle ne s'opère en effet qu'aux dépens de l'épaisseur, qui cesse d'augmenter.

Mais alors commence une série de nouveaux phénomènes.

Les canaux ou cavités par lesquels le liquide arrêté dans sa marche devait passer, diminuent de diamètre, et leurs parois s'atrophient souvent.

D'autre part, les liquides qui s'accumulent toujours, re-fluent dans les canaux qui les avaient amenés, remontent ainsi jusqu'à l'organe élaborateur lui-même, compriment son tissu, l'atrophient ou l'enflamment, ainsi que cela se voit pour les reins; ou bien y déterminent les épanchements apoplectiques, comme cela se voit pour le poumon.

Delà aussi ces œdèmes et ces épanchements séreux par suite du retard apporté dans la circulation veineuse.

Ces matières ainsi retenues agissent souvent comme corps étrangers, déterminent des inflammations de la membrane interne des organes qui les contiennent, et amènent leur perforation; d'autrefois l'excès de la distension amène l'inflammation de la séreuse qui la recouvre (car tous ces organes sont recouverts d'une séreuse), et cette inflammation est généralement mortelle.

Il arrive aussi un moment où la cavité a tellement augmenté, et que l'amincissement est tel, que la couche musculieuse ne peut plus suffire aux frais de la distension, et il y a rupture, perforation des parois et épanchements des liquides hors de leur cavité.

Enfin, dans d'autres cas, dont le mécanisme vous a été si souvent signalé par M. Mercier, la membrane muqueuse pénètre à travers les faisceaux charnus, et vient former à la surface de l'organe des appendices plus ou moins considérables, et ces appendices continuant à croître deviennent le siège d'amas de matières qui, ne pouvant pas être expulsées, puisque leur parois ne contiennent aucun agent excréteur, amènent des inflammations qui, suivant leur intensité, accélèrent la perforation en amenant la suppuration, ou bien la ralentissent en déterminant un épaississement des tissus.

En résumé, il y a donc dans la marche de cette hypertrophie fonctionnelle un double fait anatomique, savoir : Dans la première période, hypertrophie absolue des parois avec une faible augmentation de la cavité, ou même la cavité restant normale et quelquefois même diminuant. Dans la deuxième période, augmentation de la cavité et amincissement absolu des parois. A la première période correspond une énergie fonctionnelle plus grande; à la seconde une diminution ou même une abolition complète de la fonction.

Dans le cas qui a été soumis à notre observation, il y avait aussi une pérityphlite. Cette inflammation n'a pas été

causée par une perforation, car nous n'avons trouvé aucune communication avec l'intestin, et si dans ce cas il y avait eu perforation, c'eût été de l'intestin grêle, puisque lui seul était distendu; or, le foyer purulent était trop éloigné de ce viscère pour que sa perforation pût en être la cause. Nous croyons pouvoir rattacher avec plus de raison l'existence de ce foyer purulent à l'extension d'une inflammation qui aurait eu pour cause la présence même du tissu induré qui déterminait l'obstacle.

DISCUSSION.

M. Mailliot ne trouve pas très logique de rapprocher ce qui se passe dans un poumon dans lequel une profonde inspiration introduit une grande quantité d'air, de ce qui se passe dans un cœur qui s'hypertrophie à la suite de l'abord continu d'une quantité de sang supérieure à celle de l'état normal.

M. Lefebvre ne connaît pas l'hypertrophie du poumon.

M. Barth trouve que dans le rapport de M. Pigné, il y a de belles propositions dont il accepte un grand nombre, d'autres enfin qu'il ne lui est pas possible d'accepter. — Ainsi M. Pigné dit qu'un organe qui réagit contre un obstacle, s'hypertrophie d'abord et se dilate ensuite. Mais dans le cas d'obstacle à l'émission des urines, la vessie commence par se dilater, et elle ne s'hypertrophie qu'ensuite, pourvu que l'obstacle persiste. C'est donc l'inverse de ce que dit M. Pigné qui a vraiment lieu, et M. Barth croit qu'il en est souvent ainsi; la dilatation de l'organe est le premier fait lorsqu'un obstacle s'oppose à sa fonction. On peut le voir pendant la vie pour l'intestin grêle sur le trajet duquel existe un obstacle; le ventre est distendu d'abord, mais les intestins ne sont pas assez forts pour se dessiner encore au de-

hors; bientôt les parois intestinales prennent de la force, s'hypertrophient, et les circonvolutions se dessinent alors très bien à travers les parois abdominales. M. Barth ne saurait admettre non plus quant à l'augmentation de volume des organes doubles, que l'organe restant s'hypertrophie lorsque l'un des deux est supprimé; car, chez un borgne par exemple, l'œil restant ne s'hypertrophie pas. La loi est vraie pour certains organes; elle est inexacte si on veut la rendre générale.

M. Cahen trouve qu'on néglige trop l'inflammation parmi les éléments des dilatations.

M. Pigné répond successivement :

A M. Mailliot, que la comparaison entre le poumon et le cœur est exacte, car la cause de l'hypertrophie est la même dans les deux cas; c'est l'augmentation de l'action de l'organe.

A M. Lefebvre que l'hypertrophie du poumon est un fait positif.

A M. Cahen qu'il a tenu grand compte, lui aussi, de l'inflammation.

A M. Barth, quant à la première objection, qu'il a très bien remarqué que l'hypertrophie est moins notable lorsque l'obstacle est brusque et dure peu, que dans les cas inverses, en sorte que sous ce point de vue il n'y a pas de contradiction entre eux deux; et quant aux organes doubles, que les exemples empruntés par M. Barth à l'œil et à d'autres organes comme exceptions, sont relatifs à des organes de transmission dont M. Pigné ne s'est pas occupé, et non aux organes sécréteurs, expulseurs ou moteurs, les seuls dont M. Pigné ait parlé.

Nerf du muscle interne du marteau, envoyé directement par le facial, observé par M. Notta.

Sur un rocher enlevé à un sujet d'un pavillon de l'Ecole Pratique, sur lequel je n'ai pu obtenir aucun renseignement, j'ai trouvé la disposition suivante :

Au niveau du premier coude que le facial décrit dans l'aqueduc de Fallope, en avant et un peu en dehors du grand nerf pétreux, on voit naître du facial le petit nerf pétreux, (M. Longet), qui est reçu dans un sillon antérieur et parallèle au sillon du grand nerf pétreux. Environ une demi-ligne après son origine du facial, ce nerf reçoit le petit nerf pétreux superficiel d'Arnold ou filet du nerf de Jacobson. Dès que le petit nerf pétreux a reçu cette anastomose du glosso-pharyngien, il se bifurque et fournit 1° un filet qui suit le trajet ordinaire, c'est-à-dire qui se porte en dedans et un peu en avant à la partie supérieure du rocher, pour gagner le ganglion otique; 2° un autre filet ayant le même volume que le précédent, qui se porte un peu obliquement en avant et en dedans, se place sur la face supérieure du muscle interne du marteau dans le canal osseux destiné à ce muscle, lui est accolé, et se perd dans son épaisseur après un trajet de quelques lignes. On voit par là :

1° que le muscle interne du marteau est animé par un nerf qui vient directement du petit nerf pétreux, c'est-à-dire du facial, sans passer par le ganglion otique, disposition que J. F. Meckel avait décrite comme normale;

2° que le filet qui, à l'état normal, part du ganglion otique pour animer le muscle interne du marteau, vient du petit nerf pétreux. Les ganglions, d'après M. Longet, auraient la propriété de soustraire l'action nerveuse à l'influence de la volonté; c'est pour cela que la contraction du muscle interne du marteau, de l'iris, etc., est involontaire. Cepen-

dant quelques personnes font exception à cette loi. La pièce que je viens de décrire semble donner l'explication de ce fait. C'est que chez les sujets qui peuvent contracter le muscle interne du marteau sous l'influence de la volonté, il est possible que le nerf qui anime ce muscle ne passe pas par le ganglion otique.

Le fait signalé par M. Notta est des plus remarquables, et des plus faciles à constater en même temps sur la pièce qui sera déposée au musée; il vient très bien à l'appui de la belle théorie que M. Longet a donnée sur la disposition des ganglions crâniens, et qui a permis, entr'autres, de comprendre si bien le ganglion sphéno-palatin. La pièce de M. Notta nous montre, pour le ganglion otique, la même disposition que celle observée déjà pour le ganglion ophtalmique, et l'on peut dire, soit *à priori*, soit en s'appuyant sur des recherches d'anatomie comparée, qu'il peut en être de même pour tous les ganglions. C'est ainsi, par exemple, qu'en descendant dans l'échelle animale, on voit rapidement le nerf grand sympathique disparaître et être remplacé par des nerfs encéphaliques ou rachidiens directs. Cette disposition, normale chez des animaux, ne se retrouve que d'une manière exceptionnelle chez l'homme; mais lorsqu'on la retrouve, elle a une très grande valeur, parce qu'elle permet d'établir de suite la signification réelle de certains filets nerveux en relation avec les ganglions du grand sympathique. C'est ainsi qu'il n'est plus permis aujourd'hui de douter que le facial envoie des nerfs moteurs dans le voile du palais. — La pièce de M. Notta démontre aussi incontestablement que le facial anime le muscle interne du marteau; fait déjà signalé et dessiné par Scemmering, et qui depuis avait été mis en doute. Dans la disposition décrite par MM. Arnold et Longet, le facial fournirait la racine motrice du ganglion otique, et celui-ci enverrait ensuite un filet au muscle interne

du marteau. Dans la pièce de M. Notta, ce dernier filet se porte manifestement du facial au muscle, sans passer par le ganglion otique, comme on voit le nerf moteur oculaire commun envoyer parfois des filets ciliaires qui ne passent pas par le ganglion ophthalmique. Le petit nerf pétreux est donc, en partie au moins, formé par des filets moteurs venant du nerf facial.

BULLETIN N° 6 (Juin 1846).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUJET, RICHARD, THIBAUT ET
A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Phlébite adhésive remarquable à la suite de couches; couches pseudo-membraneuses renfermées dans les veines; dysenterie. — 2. Infection purulente à la suite d'une phlébite suppurée produite par une saignée. — 3. Diathèse cancéreuse; cancers du cœur, des poumons, des plèvres, de la rate, du foie, des ganglions mésentériques et de l'épiploon; cancers des séreuses. — 4. Kyste inguinal formé par un sac herniaire crural incomplètement oblitéré; rapports des hernies crurales avec les feuillets du fascia superficialis. — 5. Mode de formation des hernies graisseuses. — Pleurésie et artérite simultanées suppurées; phlébite survenant ultérieurement. — 7. Fièvre puerpérale chez une femme enceinte; avortement; angiocardite, pétéchies aortiques; valeur du bruit de souffle pour le diagnostic de l'endocardite; bruit de souffle chez les femmes enceintes.
- B. *Inflammation de l'oreille; phlébite suppurée des sinus voisins, et de la veine jugulaire interne. Infection purulente.*
Observation, rapport et discussion.
- C. *Corps fibreux de l'utérus, avec un commencement d'ossification, pouvant faire croire un instant à une grossesse extra-utérine, ou à une monstruosité par inclusion.* (Note).
Des monstruosité par inclusion, et de leurs différences avec les grossesses extra-utérines. (Rapport et discussion).

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Hillairet décrit une pièce remarquable de phlébite provenant d'une malade morte après un accouchement, avec complication de dysenterie. Cette femme âgée de 54 ans environ, d'une constitution chétive, est entrée à l'hôpital de la Charité, service de

M. Bouillaud, douze jours après un accouchement à terme et bien régulier; seulement après la délivrance, la malade s'est plainte de douleurs assez vives. Le surlendemain de l'accouchement, la fièvre est survenue. Lors de l'entrée de la malade, on observe une fièvre assez vive, de l'agitation, de la pâleur, de fortes coliques et de la diarrhée. On diagnostique une entéro-colite dont l'existence est plus tard confirmée par l'autopsie. Dans le cours de cette maladie, cette femme est prise de douleurs légères et passagères dans la région hypogastrique; plus tard, le membre inférieur droit se tuméfie, devient oedémateux dans toute sa longueur, sans que la malade éprouve aucune douleur dans la hanche ou dans la partie supérieure et externe du membre, la femme en souffre un peu. La veille de la mort, il survient sur le coude-pied une plaie rouge livide, érysipélateuse ou presque comme gangréneuse. — A l'autopsie on trouve d'abord la muqueuse de tout le gros intestin et de la fin de l'intestin grêle, colorée en rouge foncé, et offrant un aspect dur, rugueux en même temps qu'une résistance notable. Dans l'intestin grêle les plaques de Peyer, dont quelques unes sont injectées, sont plutôt déprimées que saillantes; il n'y a aucune altération des follicules isolés. La muqueuse de l'estomac est saine; elle est baignée par une matière rosâtre contenue dans l'estomac. — L'utérus est presque revenu à ses dimensions normales; ses parois sont un peu hypertrophiées; rouges et un peu ramollies. Le col utérin est assez saillant, coloré d'une teinte ardoisée assez foncée, qui se prolonge dans la partie supérieure du vagin. La trompe droite renferme du pus dans son intérieur. — Les veines ou plutôt les sinus utérins proprement dits sont béants et normaux. Les veines, placées sur la paroi antérieure de l'utérus et sur les parois latérales du vagin, forment des cordons durs, résistants, pleins de caillots sanguins solides; sur un de ces veines qu'on ouvre, le caillot en partie décoloré oblitère complètement son calibre. Même état des plexus ovariques. Tout autour, sous le péritoine, se voient des épanchements irréguliers de matière plastique qu'on peut détacher aisément. — Les veines qui, des organes génitaux internes, se portent à l'hypogastrique, sont aussi dilatées, dures et résistantes. La veine iliaque droite a ses parois notablement épaissies, et contient des caillots adhérents en partie, dont l'extérieur est comme pseudo-membraneux, tandis que l'intérieur est ramolli, pulstacé, sous forme

de bouillie; la veine fémorale ne présente plus ensuite dans toute sa longueur que des fausses membranes disséminées. Du côté gauche, les mêmes veines présentent aussi un peu d'épaississement des parois, quelques fausses membranes et quelques caillots, les uns décolorés, les autres en voie de décoloration. A la réunion des deux veines iliaques primitives, près de l'angle sacro-vertébral, on remarque une tumeur qui a presque le volume d'une noix et qui est due à la présence dans la veine cave d'un caillot volumineux, environné par des fausses membranes et ramolli dans son intérieur. La veine cave inférieure est remplie d'une grande quantité de fausses membranes qui commencent à l'oblitérer en partie; mais auprès du point où elle reçoit les veines sus-hépatiques, ses parois sont revenues sur elles-même, affaissées de manière à rétrécir notablement son calibre qui est effacé en entier à l'intérieur par de vraies fausses membranes résistantes, solides, qu'on pourrait comparer à de la peau de chamois, ou encore à ces fausses membranes décrites par M. Durand-Fardel, qui oblitérent les anciens kystes apoplectiques du cerveau. Au-dessus de ce point, il n'y a plus de disposition anormale. — Le foie est volumineux, décoloré, sans traces d'abcès métastatiques. La rate est jaspée de larges taches noirâtres tranchant sur la teinte rouge de l'épaisseur de l'organe. Rien dans les organes urinaires, les poumons, le cerveau. — Sur le condépied, là où l'on avait noté pendant la vie la plaque rouge érysipélateuse, la peau est un peu épaissie, et le reste du tissu cellulaire, comme par tout le membre, est œdématié.

M. Bourdon se demande si les produits que l'on trouve dans les veines peuvent être rapportés à des pseudo-membranes, ou plutôt à la fibrine des caillots.

Pour M. Barth, l'analyse exacte du fait que M. Hillairet vient de soumettre à la Société est fort simple; il semble qu'il y ait eu phlébite des sinus utérins qui a gagné ensuite les plexus veineux abondants voisins; puis est survenue une autre lésion qui a tué la malade, et qui est une vraie dysenterie, dont on retrouve les lésions à une certaine période, surtout une espèce de détritus pseudo-membraneux qu'on pourrait enlever par fragments sous lesquels la membrane muqueuse est peu altérée. Quant à ce que M. Hillairet décrit sous le nom de pseudo-membranes dans les veines, M. Barth aimerait mieux l'appeler *couches pseudo-membraneuses*, désignation

qui ne préjuge rien dans une question non résolue. On sait que dans l'inflammation des veines, il y a dépôt sur les parois intérieures de couches fibrineuses qui oblitèrent plus ou moins le calibre. Or M. Barth croit que ce sont des dérivés directs du sang, nullement comparables aux vraies pseudo-membranes des séreuses par exemple. D'ailleurs, il pourrait être bon d'invoquer le microscope pour décider la question ; ce que soutiennent aussi MM. Cahen et Deville.

M. Hillairet ne pense pas qu'on puisse mettre en doute, sur le fait présenté, l'existence de vraies fausses membranes dans l'intérieur des veines ; par exemple, à la partie supérieure de la veine cave, les filaments qui réunissent les parois pour les affaisser et les confondre sont bien organisés déjà, et au-dessous M. Hillairet soulève sur tout le pourtour de la veine, une lame mince, semi-transparente, résistante, qui ne peut être qu'une fausse membrane.

M. Bonnet ne sait pas si l'examen microscopique pourrait être de grande utilité ; car les pseudo-membranes sont fibrineuses de leur nature tout comme la partie fondamentale du caillot sanguin. Il pense aussi qu'il faut être très réservé lorsqu'il s'agit de décider la nature inflammatoire de produits déposés dans les vaisseaux. Quand l'inflammation a produit l'oblitération d'un point quelconque du trajet, nous savons qu'il y a des raisons physiologiques pour que l'oblitération se fasse au-dessous du point malade, sans qu'il y ait propagation de l'inflammation. Or, pour en revenir à la pièce de M. Hillairet, les productions qu'on trouve dans les veines inférieures dans celles des membres, ne paraissent pas à M. Bonnet être de nature inflammatoire, quoique adhérentes. Il n'est pas très fréquent, au reste, de trouver de vrais produits inflammatoires dans la métrite, la péritonite puerpérales, les phlébites utérines où il y a complication de putridité ; il doit y avoir autre chose.

2. M. Richard profite de l'occasion pour signaler à la Société un cas de phlébite suppurée qui vient d'être observé à l'hôpital Cochin dans le service de M. Nonat. Un homme entré pour une bronchite capillaire avait été saigné une fois du bras gauche et soumis à d'autres traitements ; il commençait à voir son état s'améliorer, lorsqu'il a été pris de frissons violents ; la plaie de la saignée s'est rouverte, et l'on a vu survenir d'abord une phlébite, puis une infection purulente bien caractérisée, diagnostiquée exactement par

M. Nanat. A l'autopsie, on trouve dans la partie inférieure de la veine céphalique du pus phlegmoneux et pur qui remonte tout de long, et qui, au niveau de la veine axillaire, se mélange peu-à-peu avec le sang, par une série de teintes graduées, sans aucune apparence de caillots, ni de pseudo-membranes intermédiaires. Plus loin, dans la veine sous-clavière, il y a un tout petit caillot que retire la plus légère traction. On a trouvé en outre des abcès métastatiques nombreux dans les poumons, surtout dans le gauche. — Dans ce cas, le mélange du pus avec le sang est incontestable, comme on voit.

M. Jousset demande si l'on a trouvé des traces d'inflammation réelle dans les parois veineuses. M. Richard ne peut pas donner une réponse rigoureuse, parce qu'il n'a pas fait l'autopsie; il n'a fait que constater les faits énoncés précédemment. — M. Jousset a depuis réclamé plusieurs fois dans les séances suivantes, des détails circonstanciés qui n'ont pas été fournis.

3. M. Bourdon appelle l'attention de la Société sur un cas de diathèse cancéreuse dont il apporte les pièces fort curieuses, surtout relativement au cœur, au poumon et à la rate. La femme sur laquelle le cas a été observé, est morte dans le service de M. Fouquier, à la Charité, où elle était entrée avec les signes d'un cancer du foie; depuis cinq mois, il y avait de l'amaigrissement et de la sensibilité à l'épigastre; un mois après, apparition d'une tumeur dure dans l'hypochondre droit; depuis trois mois, difficulté des digestions, rapports, nausées, douleurs épigastriques après les repas, avec élancements fréquents dans le côté droit du ventre; jamais de vomissements; constipation habituelle. Le pouls a toujours été de 90 à 100; raide, mais régulier. Quelques palpitations par intervalle; rien à l'auscultation du cœur. Du côté de la respiration, légère oppression habituelle, un peu de toux avec crachats muqueux, râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons. Peau colorée d'une teinte jaune paille caractéristique. Vers la fin de la maladie, amaigrissement rapide, étourdissements, obscurcissements de la vue, malaise extrême, diarrhée et affaiblissement progressif. — A l'autopsie, on trouve des tumeurs encéphaloïdes bien caractérisées dans le cœur, les poumons, la rate, le foie, l'épiploon gastro-hépatique et les ganglions mésentériques. — Deux tumeurs du volume d'une noisette chacune, dont l'une est infiltrée de sang

qui lui donne une forte couleur rouge, sont placées dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche hypertrophiées ; elles arrivent jusqu'au péricarde qu'elles soulèvent. Une autre tumeur semblable existe dans l'épaisseur de la cloison, et une quatrième petite, comme un haricot, se voit au devant de l'aorte à son origine. Sur la face antérieure et le bord du cœur, une péricardite notable a déterminé l'adhérence du péricarde viscéral avec le péricarde pariétal ; sur la face postérieure il y a également péricardite, des fausses membranes, mais pas d'adhérences ; les deux feuillets séreux y sont séparés par un peu de sérosité sanguinolente. Le cœur est notablement hypertrophié. — Dans les poumons, on trouve des produits cancéreux dans cinq points. A la base du poumon gauche près du bord antérieur, le cancer est comme infiltré dans trois endroits sous forme de masses du volume de petits pois. Une quatrième tumeur est à la base du poumon, sous la plèvre. La cinquième était placée entre le lobe supérieur et le lobe moyen ; elle était aplatie, adhérente, mais s'est perdue, en sorte que l'on n'a pu savoir si elle appartenait au poumon même, ou à la plèvre seulement. Les poumons sont emphysémateux. — Une tumeur encéphaloïde rougeâtre du volume d'un noix, fait un peu de saillie à la surface de l'organe, et plonge ensuite dans son épaisseur. — Le foie renferme un nombre considérable de masses marronnées, de différentes grosseurs, dont plusieurs sont superficielles, et qui présentent toutes une teinte rouge plus ou moins prononcée. — L'estomac est sain ; mais son grand cul de sac est accolé à la face interne de la rate par une tumeur encéphaloïde qui s'est développée dans l'épiploon gastro-splénique. — Enfin dans le mésentère on trouve une masse irrégulière, bosselée, de la grosseur d'un œuf de poule, d'un gris jaunâtre, et différant des précédentes, parce que son intérieur est parsemée de bandes fibreuses, nacréées, comme on en trouve dans le squirrhe.

M. Barth fait noter la couleur rouge de certaines tumeurs ; elle est due à un afflux de sang qui aurait bientôt été suivi d'hémorrhagies.

M. Cruveilhier pense que la tumeur placée entre les deux lobes pulmonaires, et qui a été perdue, était un cancer de la plèvre.

M. Pigné dit que les cancers des surfaces séreuses ne sont pas absolument rares. Dans leurs deux sièges principaux, le péritoine et

la plèvre, ils offrent deux formes distinctes. Dans la plèvre, ce sont, ainsi que le dit M. Cruveilhier, des tumeurs aplaties, un peu transparentes, comparées avec assez de justesse à des gouttes de cire qui seraient tombées sur la surface séreuse. Dans le péritoine au contraire, ce sont des masses plutôt glaireuses, comme colloïdes, visqueuses, prenant parfois la forme de champignons.

4. M. Houel apporte un kyste inguinal, consécutif à une oblitération encore incomplète d'un sac herniaire. La pièce provient d'une femme d'une soixantaine d'années, servant aux dissections dans les payillons de l'école. Une dissection minutieusement faite, montre la tumeur du volume d'une petite orange placée entre deux feuillets cellulaires bien distincts, en avant du canal crural droit; l'un de ces feuillets est le fascia superficialis abdominal, l'autre, le fascia superficialis fémoral. La tumeur est formée par un kyste mince, transparent, mollassé comme une outre à demi-pleine, et contenant un liquide séreux un peu sanguinolent. Elle est libre de partout, sauf dans sa partie supérieure et un peu postérieure, où elle offre un pédicule fibreux, qui plonge dans le canal crural en se dirigeant vers l'abdomen. Ce pédicule est creux, de façon à permettre l'introduction du stylet par son ouverture supérieure qui communique avec la cavité abdominale; malgré cela, on ne peut pas, lorsqu'on laisse les choses bien en place, faire refluer le liquide du kyste jusque dans l'abdomen. La cavité abdominale renferme elle aussi un peu de liquide séreux légèrement rouge. L'épiploon adhère par un point à la paroi abdominale, tout près du canal crural.

M. Deville rappelle que depuis Thomson personne, ou peu s'en faut, ne s'est occupé de vérifier ce qu'a avancé cet habile anatomiste relativement à la hernie crurale qu'il place dans l'intervalle compris entre les deux feuillets profonds du fascia superficialis fémoral et du fascia abdominal, décrits par lui, de manière à expliquer le volume, la forme, la direction, toutes les dispositions enfin si particulières de ces hernies. La pièce de M. Houel vient confirmer de tout point les assertions de Thomson.

5. A propos des changements qu'on remarque dans les sacs herniaires, M. Bernutz signale les suivants, qu'il a pu observer plusieurs fois à Bicêtre. Des hernies bien formées, bien complètes, qui ont même pu parfois s'étrangler, qui ont été réduites et constamment

maintenues réduites par des bandages, ne ressortent plus. Autour du sac herniaire, qui est resté au dehors, se dépose de la graisse qui s'accumule peu-à-peu, et finit par former une sorte de hernie graisseuse.

M. Cruveilhier décrit un autre mécanisme de la formation des hernies graisseuses. C'est une masse adipeuse adhérente au péritoine, qui prend du développement, s'engage par suite dans un anneau ou une ouverture aponévrotique, entraîne avec lui le péritoine, sous l'aspect d'un cul de sac qui est un vrai sac herniaire dans lequel il peut n'y avoir jamais eu de hernie, de viscères engagés. Ce mécanisme et cette disposition s'observent souvent sur le diaphragme. M. Cruveilhier se demande si les tumeurs observées par M. Bernutz ne seraient pas de même genre, c'est-à-dire primitives au lieu d'être consécutives.

M. Pigné dit que Tartra, dans sa thèse sur les hernies graisseuses, en décrit au milieu de plusieurs autres, une quinzaine de cas au moins, dans lesquelles de vraies hernies graisseuses avaient été prises de phénomènes d'étranglement et opérées. Ces hernies graisseuses siègent le plus habituellement sur la ligne blanche; dans le grand nombre de faits que rapporte Tartra, il n'y en a guère que trois ou quatre qui aient eu leur siège dans le canal crural.

M. Bernutz a vu précisément l'inverse; les hernies qu'il a pu étudier étaient des hernies crurales.

6. M. *Macquet* présente des pièces anatomiques : 1° Une femme de 49 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, très amaigrie, entra à l'hôpital Cochin dans le service de M. Nonat, il y a six semaines. Elle était depuis trois mois prise d'une maladie qui avait commencé par un violent point de côté, suivi par une gêne de la respiration de plus en plus considérable. La cause de cette maladie était inconnue. Lors de son entrée, on la trouva couchée sur le côté gauche; de ce côté, la poitrine était dilatée, la percussion donnait tout autour un son mat absolu, égal partout, l'auscultation ne faisait entendre aucun bruit, aucun retentissement; la malade était anémique. On diagnostiqua un épanchement pleurétique que l'on traita par les vésicatoires. Il survint bientôt une fièvre qui disparaissait le matin pour reparaitre le soir vers les quatre heures, annoncée par du frisson; il s'y joignit du dévoilement. Plus tard, une douleur assez vive, attribuée à un courant d'air froid, s'est montrée dans le genou

gauche; ce n'était d'abord qu'un simple gonflement sur lequel on appliqua un vésicatoire; au bout de cinq à six jours, il y avait un épanchement intra-articulaire. C'est au milieu de ces phénomènes que la malade, de plus en plus amaigrie, a succombé. Quinze jours avant la mort, il s'est formé un œdème considérable du membre inférieur gauche, en même temps qu'on sentait à la cuisse un gros cordon dur depuis le milieu de l'arcade crurale, jusqu'à l'anneau des adducteurs. — A l'autopsie, on trouve la cavité pleurale gauche remplie par deux litres environ de pus épais, crémeux, non fétide. Le poumon très aplati est enveloppé par des fausses membranes épaisses et floconneuses. Le genou gauche est également plein de pus qui a fait une fusée sous le ligament rotulien, de manière à entourer tout le fémur dans son tiers inférieur; les cartilages du tibia sont assez profondément altérés; ceux du fémur sont sains; la synoviale offre une injection légère avec épaississement. La veine fémorale oblitérée est remplie par des caillots fibrineux, rougeâtres d'autant plus mous qu'on les examine plus vers leur centre, non adhérents, qui remontent jusqu'à la bifurcation de la veine cave inférieure; les parois veineuses sont un peu épaissies. Pas de tubercules dans les poumons. — Le fait est curieux, parce que l'oblitération de la veine a été le dernier fait, et que les altérations dans les points où il y a du pus diffèrent complètement de celles qu'on observe dans les cas d'infection purulente.

7. 2^e Une femme de 27 ans est entrée dans le même service pour accoucher; elle était d'un tempérament sanguin, d'une taille moyenne; elle a toujours joui d'une excellente santé. Elle est entrée étant enceinte à terme, bien qu'elle ne précise pas exactement l'époque du commencement de la grossesse; on reconnaît très bien à l'auscultation les bruits du cœur du fœtus. Huit jours après son entrée, elle est prise d'un frisson très violent avec fièvre, dont elle ne se plaint pas. Le lendemain, second jour de sa maladie, M. Macquet constate l'existence de la fièvre et pratique une saignée du bras; le sang forme un caillot couenneux, isolé au sein d'un liquide séreux, transparent et incolore. Le troisième jour, on ne trouve rien dans l'appareil respiratoire, rien dans l'abdomen; les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés; mais dans la région de l'orifice aortique on entend un bruit de souffle râpeux qui occupe le petit silence, et se prolonge dans l'artère aorte jusque dans

les carotides. Le quatrième jour, cet état persiste; on diagnostique une endocardite et l'on prescrit pour le matin une saignée qui donne du sang très couenneux; pour la journée une application de ventouses scarifiées; et pour le soir une autre saignée du bras que M. Macquet réduisit à une seule palette, parce que les symptômes s'étaient amendés. Le cinquième jour au matin, la malade se trouve très faible; boissons délayantes. Dans la nuit, survient un frisson très violent, et le sixième jour, au lieu de l'ensemble de symptômes représentant, selon M. Macquet, une fièvre inflammatoire. (pouls dur, vibrant, face injectée.....), qu'on avait trouvé jusque-là, la malade a le pouls petit, prostré; la langue est brunâtre, sèche, râpeuse, comme chez une typhoïde très avancée; il y a de légères coliques hypogastriques, et le col utérin est un peu dilaté. Vers quatre heures des douleurs très vives se sont fait sentir, et à six heures l'accouchement se terminait par l'intervention du médecin; comme la poche des eaux ne se rompait pas, M. Macquet dut la déchirer; l'enfant, dont les mouvements ne se faisaient plus sentir dès la veille, est venu mort; les artères ombilicales ne battaient plus, ne contenaient plus de sang; et presque aussitôt le placenta se trouvait dans le vagin. Il s'écoulait en nappe une grande quantité de sang qui formait des commencements de caillots mous, diffluent, comme de la gelée de groseilles mal cuite. Le seigle ergoté et d'autres moyens employés n'ont pu arrêter l'hémorrhagie; la malade est allée s'affaiblissant, et est morte bientôt.

A l'autopsie, on trouve le système veineux vide de sang. Dans le ventricule gauche, à l'orifice aortique, M. Macquet avait cru d'abord trouver une bride fibreuse due à un produit pathologique; mais un examen minutieux fait par M. Bonnet démontre que c'est simplement une dépendance d'une valvule aortique; en ouvrant l'artère dans le sens de sa longueur, la pointe des ciseaux aura déchiré le bord de la valvule; et ce bord ne tenant plus que par ses deux extrémités, est venu s'appliquer sur les deux autres valvules, de manière à simuler une bride anormale. Tout le système aortique est coloré à l'intérieur d'une teinte d'en rouge vif qui existait encore plus vive au moment de l'autopsie que maintenant, en sorte qu'on ne peut pas rapporter son éclat à l'action de l'air; cette teinte va en-diminuant à mesure qu'on s'approche de l'aorte et des artères abdominales, et cependant cette portion de l'aorte

contient plus de sang que l'autre portion. La face interne du ventricule gauche est également rouge, tandis qu'il n'y a rien dans le ventricule droit. Les veines caves sont vides de sang et non colorées en rouge. L'artère pulmonaire n'offre pas non plus la teinte de la crosse de l'aorte. L'utérus est manifestement ramolli; dans son intérieur, il est rempli par une grande quantité de sang; en incisant ses parois au moment de l'autopsie, on en faisait sortir par la pression quelques gouttelettes manifestes de pus, et l'on pouvait remarquer un peu d'injection dans le pourtour des vaisseaux divisés. La rate est fortement ramollie, comme dans une fièvre typhoïde grave et avancée. L'intestin est sain.

A propos de cette pièce, M. Richard fait remarquer qu'il est extrêmement difficile de différencier à l'autopsie une rougeur artérielle produite par l'imbibition de celle produite par une inflammation. Cependant, dans le cas de M. Macquet il serait difficile de ne pas reconnaître une rougeur inflammatoire, due à une angio-cardite. Tous les phénomènes observés pendant la vie sont ceux attribués par Pinel à la fièvre angioténique, désignée récemment par M. Bouillaud angiocardite. Puis à l'autopsie, on trouve dans le cœur gauche et les artères une rougeur très vive, qui n'existe pas dans les cavités droites. La concordance paraît donc complète à M. Richard, entre les phénomènes observés et les lésions anatomiques qui s'expliquent mutuellement.

M. Jousset déclare que, selon lui, Pinel a décrit, sous le nom de fièvre angioténique, un être de raison qui n'existe pas, dont on ne connaît pas d'exemple. Il n'existe pas dans la science un seul fait d'angiocardite correspondant à ce que Pinel appelait la fièvre angioténique.

M. Depaul croit qu'il y a bien des raisons pour chercher ailleurs la cause des phénomènes offerts par la malade de M. Macquet. Pendant la vie, on observe des phénomènes généraux très-graves, et un bruit de souffle; mais ces symptômes généraux existent avec les mêmes caractères dans la fièvre puerpérale, qui peut débiter parfois avant l'accouchement. Quant au bruit de souffle, il existe chez les femmes enceintes qui n'offrent aucune trace d'inflammation. A l'époque du choléra, M. Vigla a établi ce fait, qui fut l'objet d'une communication faite à la Société; Jaquemier l'a dit aussi, et les recherches personnelles de M. Depaul en ont confirmé la réalité. — A l'autopsie, on trouve un état particulier de l'utérus qui est ra-

moilli en même temps qu'il y a un peu de suppuration, et que des ramollissements existant dans d'autres organes; c'est-à-dire les altérations les plus caractéristiques de la fièvre puerpérale. Celle-ci, comme on sait, peut offrir les formes, les lésions anatomiques les plus variées, portant à la fois sur plusieurs organes, l'utérus, le péritoine, les articulations, etc..., ou sur quelques-uns de ces organes seulement; et même à l'autopsie de femmes mortes de fièvre puerpérale, on peut ne trouver rien du tout. Sous tous les rapports donc, la malade de M. Macquet est morte à la suite d'une fièvre puerpérale.

Il y a aussi dans cette histoire un autre fait, c'est celui de la sortie de presque tout l'œuf à la fois, chose bien rare chez une femme arrivée à terme. La malade était-elle vraiment à terme? On pourrait en douter, en l'absence de renseignements précis donnés par la femme; et quant au volume de l'enfant que M. Macquet dit énorme, il faudrait l'avoir apprécié rigoureusement par le poids et des mesures qui n'ont pu être prises.

M. Richard n'a pas dit que la malade fût morte d'endocardite, mais seulement qu'il y avait endocardite. Les remarques de M. Depaul ont beaucoup de valeur en faveur de l'existence d'une fièvre puerpérale; mais cette fièvre, par suite de sa complication avec l'autre maladie, a pris les caractères d'une angio-cardite.

M. Bonnet fait remarquer, contre l'existence d'une angiocardite, d'abord la fausse apparence qui avait pu faire croire à une bride fibreuse, puis la profondeur à laquelle pénètre la rougeur uniforme qui occupe par places jusqu'à l'épaisseur de la membrane moyenne.

Pour M. Giralès, une inflammation de l'aorte qui aurait produit une rougeur aussi vive que celle notée par M. Macquet sur la membrane interne, aurait dû déterminer une injection très forte de la membrane externe, qui est ici très saine. Ainsi l'on ne peut pas accepter la présence d'une inflammation.

M. Deville trouve qu'il est impossible aussi de déclarer inflammatoire une rougeur pareille de l'aorte; la pièce que M. Macquet nous montre est tout à fait identique à une autre que M. Livois a présentée aussi à la Société, il y a deux ans au moins. Dans ce cas de M. Livois, il y avait eu néphrite albumineuse et mort lente, sans aucun ensemble de phénomènes auquel on eût pu donner le nom de fièvre inflammatoire; peu de jours avant la mort, le sang

altéré était devenu tellement fluide, qu'il s'infiltrait partout et avait produit à la peau de larges pétéchies. A l'autopsie, on trouva, entre autres particularités, une rougeur vive, écarlate, bien plus éclatante encore que dans la pièce de M. Macquet, de toute la face interne de l'aorte. Là, il n'y avait pas à en douter, cette rougeur était le fait de l'imbibition. Chez la malade de M. Macquet, il en a été de même. Une femme prête à accoucher et prise de fièvre puerpérale qui tend déjà par elle-même à altérer le sang, est saignée très abondamment; son sang s'altère de plus en plus et d'une manière tellement notable, que la coagulation pouvait à peine se faire, que l'avortement a eu lieu, et que la malade est morte bientôt d'hémorrhagie. Ici, comme dans le cas de M. Livois, on retrouve un fait commun, l'altération du sang, et aussi une même particularité anatomique, la coloration en rouge vif et uniforme de la face interne de l'aorte. Le mécanisme est le même, et dans les deux cas, la rougeur est due à l'imbibition sanguine, d'autant plus facile que le sang était plus fluide — Il ne faudrait pas voir une objection dans ce fait que l'aorte était rouge surtout dans sa portion thoracique qui ne renfermait pas de sang, et moins rouge dans sa portion abdominale, qui en contenait encore; car il est probable que ce n'est pas là une imbibition cadavérique; c'est une imbibition qui a lieu pendant la vie, et en même temps que le sang en transsudant formait des pétéchies cutanées chez le malade de M. Livois, il se comportait de même et avec plus de facilité encore dans l'aorte, où il formait de vraies *pétéchies aortiques*.

M. Depaul fait remarquer combien tout ce qui vient d'être dit confirme l'opinion émise par lui. Il est certain que la maladie existante ne peut pas être expliquée par la lésion du cœur. Celle-ci en outre est-elle inflammatoire? L'examen exact de la pièce montre qu'il s'agit d'une simple imbibition.

M. Jousset signale encore un caractère anatomique de l'inflammation de l'endocarde qui manque ici; c'est la formation de caillots dans le cœur. M. Macquet répond que cela tient peut-être à l'altération du sang à la suite de la formation de pus dans l'utérus.

MM. Macquet, Lacour et Lefebvre reconnaissent bien que l'examen anatomique seul ne suffit pas pour démontrer la nature inflammatoire de la lésion de l'aorte et du cœur; mais pour prouver leur nature inflammatoire, il n'y a qu'à comparer les lésions ana-

tomiques avec les phénomènes observés, à savoir une fièvre franchement inflammatoire et surtout un bruit de souffle bien remarquable. M. Macquet rappelle que ce bruit n'existait pas avant l'apparition des phénomènes fébriles, et de plus il ne disparaissait pas pendant les efforts de la défécation, comme on l'observe chez les chlorotiques; au lieu d'aller en augmentant vers les artères carotides, il allait en diminuant; il s'accompagnait d'un claquement valvulaire parcheminé du deuxième bruit.

Après avoir abandonné les lésions anatomiques, dit M. Bonnet, on se rattache aux symptômes. Eh bien! ils ne sont pas plus concluants. Le bruit de souffle au cœur existe souvent chez les femmes enceintes. La couenne du sang extrait s'explique très bien par l'augmentation physiologique de la fibrine dans le sang des femmes enceintes, suivant les analyses de MM. Andral et Gavarret. Et d'ailleurs, de ce qu'une maladie paraît avoir une nature inflammatoire par ses symptômes, elle ne donne pas nécessairement lieu à des lésions anatomiques inflammatoires.

Selon M. Guérard, les lésions constatées sur les pièces de M. Macquet ne sont pas non plus de nature inflammatoire; le sang est altéré, les tissus sont ramollis, et il n'y a aucun élément suffisant pour faire admettre une inflammation. En ce moment, la divergence des opinions émises au sein de la Société tient précisément à la question de savoir jusqu'à quel point on peut rapporter le bruit de souffle dans les maladies, à l'existence d'une endocardite. Or, la question étant très controversée, le fait de l'existence d'un bruit de souffle ne peut pas servir à démontrer la nature inflammatoire d'une lésion; il faut aller chercher d'autres éléments de preuves. Il y a vingt ans, une rougeur semblable à celle de l'aorte présentée par M. Macquet aurait passé sans discussion pour inflammatoire; mais depuis on est devenu plus sévère, et on a demandé de plus des altérations de structure qui n'existent pas dans la pièce de M. Macquet.

M. Barth accepte complètement l'opinion de M. Depaul, qui explique tout et ne laisse aucune difficulté. Les lésions anatomiques trouvées sur la malade de M. Macquet, sont dues à la fièvre puerpérale, et le fait ne présente comme particularité curieuse que celle de l'existence de la fièvre puerpérale avant l'accouchement. Quant à la question relative au bruit de souffle, M. Barth croit,

comme M. Guérard, que ce serait suivre une marche vicieuse, faire une véritable pétition de principe, que de conclure réciproquement de l'un à l'autre, du bruit de souffle à un état phlegmasique. D'ailleurs les lésions susceptibles de produire un bruit de souffle sont multiples. Chez la malade de M. Macquet, il n'y avait pas de bruit de souffle d'abord, parce qu'il n'y avait pas de fièvre. La fièvre survient et augmente la rapidité du cours du sang, d'où un bruit de souffle. Sous l'influence des saignées, le bruit de souffle diminue; c'est qu'on a diminué la quantité du sang. Tout s'explique donc avec la fièvre puerpérale.

Depuis quelques instants, dit M. Depaul, on discute sur le bruit de souffle; et on oublie presque constamment qu'il s'agit ici d'une femme enceinte, dont l'étude est toute spéciale, et doit être faite dans des conditions spéciales qui n'ont pas été assez bien recherchées. D'après l'examen qu'il a pu en faire, M. Depaul a trouvé parfois ce bruit de souffle avec un caractère râpeux et même sibilant.

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne; otorrhée purulente; abcès au niveau de l'apophyse mastoïde; infection purulente; mort. — Collection purulente dans l'oreille moyenne et les cellules mastoïdiennes, avec perforation de la paroi supérieure du rocher; inflammation de la dure-mère; phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne.

Observation recueillie par M. LUNIER, interne à l'hôpital Necker.

Le nommé Fouque (Alexandre) âgé de 46 ans, paveur, natif du département de Seine-et-Oise, marié, est entré à l'hôpital, le 12 janvier 1846.

Cet homme est d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution assez bonne. Il m'a assuré n'avoir jamais eu aucun accident vénérien.

A la fin de l'année 1844, Fouque fut atteint d'une fièvre

typhoïde qui se termina dans le mois de janvier de l'année suivante. Trois ou quatre mois plus tard, il ressentit dans la tête des douleurs assez vives et vagues, accompagnées d'un peu de surdité, qui durèrent pendant cinq ou six jours. Il allait assez bien depuis quelque temps, lorsque, au mois de juillet dernier, au moment où il était occupé à travailler, il fut pris d'une douleur très forte qui le força de discontinuer son travail. Déjà, depuis quelques jours, il éprouvait de temps en temps des douleurs assez fortes dans la région temporale et même dans tout le côté gauche de la tête. Il souffrit ainsi pendant une vingtaine de jours; puis il alla bien jusqu'au mois d'octobre. A cette époque, les douleurs ont recommencé, et n'ont plus cessé jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Ces douleurs étaient très fortes, lancinantes dans tout le côté gauche de la tête et dans l'intérieur même de l'oreille de ce côté. Il y avait en même temps surdité de ce côté. Depuis le mois d'octobre, elles ont toujours été en augmentant, tantôt plus fortes dans l'oreille elle-même, tantôt plus fortes dans la région temporale. Avant son entrée à l'hôpital, il n'avait, du reste, éprouvé aucun dérangement fonctionnel important. Il avait cependant, à son dire, un peu maigri depuis quelques mois. Le traitement employé jusqu'alors avait consisté dans l'application de 40 sangsues et de plusieurs vésicatoires sur la région douloureuse.

Voici ce que nous pûmes constater le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital :

Douleurs assez fortes dans toute la région temporale et dans l'intérieur même de l'oreille gauche; surdité complète de ce côté. Au toucher, on sent très bien en arrière de l'oreille et dans une certaine étendue, un empâtement sans fluctuation, mais semblant néanmoins indiquer une suppuration profonde. Il y avait en outre, par l'oreille, un écoulement purulent qui, au dire du malade, durait depuis trois ou quatre ans.

Le 16, la tumeur située en arrière de l'oreille présente

une certaine étendue; mais elle fait peu de saillie autour des parties voisines. Il y avait cependant une fluctuation assez manifeste pour que M. Lenoir ait cru devoir faire immédiatement, en arrière du pavillon, une incision d'un pouce de longueur environ, et comprenant toute l'épaisseur des parties molles. Il sortit une quantité assez notable d'un pus de mauvaise nature et un peu fétide. En introduisant un stylet par l'ouverture, on constata une dénudation de toute la face externe de l'apophyse mastoïde et même des parois osseuses voisines. La veille, le malade avait déjà eu quelques frissons passagers, et comme il n'avait point encore été à la selle depuis son entrée, on lui avait donné un purgatif. — Diète.

Le 18, il a été pris, le matin et le soir, de frissons qui ont duré de deux à trois heures environ, et ont été suivis d'une chaleur assez forte et de sueurs considérables. Il y avait en outre une coloration un peu jaunâtre de la face, et nous commençâmes à craindre une infection purulente. La suppuration ne semble pas du reste avoir diminué d'une manière notable; les bords de la plaie ne présentent rien de particulier.

Le 19, même état; les frissons ont reparu le matin et le soir comme la veille. On donne au malade 0,60 de sulfate de quinine à prendre en deux doses à 2 et à 6 heures du soir. En outre, injections d'eau de guimauve par l'ouverture de la plaie, pédiluves, cataplasmes émollients.

Le 20, les frissons sont encore revenus; même état d'ailleurs; même traitement.

Le 21, les frissons ont complètement cessé; mais le malade a toujours la diarrhée depuis le 18, et cette diarrhée semble beaucoup l'affaiblir. On continue le sulfate de quinine que l'on cesse le 23. Depuis quelques jours, il y a eu peu de toux.

Le 24, j'examinai plus longuement le malade, et le trouvai dans l'état suivant :

Toux légère et expectoration semblant indiquer un peu

d'irritation des bronches; pas de gêne dans la respiration; l'expansion vésiculaire s'entend moins bien à droite qu'à gauche, et cela surtout en arrière. On n'entend du reste aucun bruit particulier, si ce n'est quelques bulles de râle sous-crépitant à droite et en arrière. Rien à la percussion.

Les bruits du cœur sont faibles, mais ne présentent du reste rien de particulier. Aucun bruit anormal. La poitrine n'est point soulevée par la pointe du cœur. Aucune matité anormale à la région précordiale. 70 pulsations, pouls plein, légèrement vibrant.

Bouche amère, pâteuse; langue médiocrement humide, blanchâtre; peu d'appétit, soif assez vive; pas de nausées. Pas de douleurs abdominales. Ni tension, ni aplatissement du ventre. Diarrhée assez considérable, 4 ou 5 selles par jour. Le malade n'a pas beaucoup maigri. Urines jaunâtres, épaisses, présentant un dépôt blanchâtre.

Pas de céphalalgie. Rien de particulier du côté des facultés intellectuelles et morales.

La plaie présente un bon aspect: écoulement de pus assez considérable. Pas de gonflement des parties molles. En introduisant un stylet, on sent toujours la face externe de l'apophyse mastoïde complètement dénudée. Cette dénudation s'étend surtout en dedans et en haut, et l'on passe le stylet au dessus de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe. Douleurs faibles dans l'oreille elle-même et dans la région temporale. Il ne semble plus y avoir d'écoulement par le conduit auditif externe.

Le 25, le malade va assez bien; il n'a pas eu de nouveaux frissons; les douleurs de l'oreille ont beaucoup diminué. Pouls plein; fort et vibrant; 90 pulsations. Diarrhée; bouche pâteuse et amère; langue humide; pas d'appétit; soif vive.

Le 26, rien de nouveau.

Le 27, pouls toujours le même; la diarrhée persiste. Lan-

gue et gencives sèches et fuligineuses ; peau jaunâtre et un peu terreuse. Pas de nouveaux frissons.

Le 28, un peu mieux.

Le 29, rien de nouveau. Quelques légers frissons dans la journée.

Le 30, le malade va plus mal. On entend à l'auscultation du râle ronflant et sibilant dans toute la partie antérieure de la poitrine du côté droit ; ce râle présente quelque chose de tout spécial. On entend en outre en avant et en bas, un peu de râle crépitant à grosses bulles. Du côté gauche, on entend les mêmes râles, dans une étendue moins considérable. Coloration d'un jaune terreux de la peau et des sclérotiques. Un peu de stupeur dans la physionomie ; il y a eu un peu de délire la nuit précédente.

Le soir, pouls plus mou, dépressible et un peu plus fréquent ; 108 pulsations. Délire, stupeur.

Le 31, 100 pulsations, pouls plein, fort, beaucoup moins dépressible que la veille. Moins de stupeur. Langue un peu moins sèche. Pas de nouveaux frissons. Délire pendant toute la nuit. A l'auscultation, on entend en arrière et à droite du râle sous-crépitant dans toute l'étendue de la poitrine ; ce râle est mêlé d'un peu de râle sonore et sibilant. En arrière et à gauche, on n'entend que du râle sonore, matité légère dans toute l'étendue de la poitrine, plus forte en bas, et surtout du côté droit. En avant, on entend seulement un peu de râle sonore.

Le 1^{er} février, le malade va plus mal. Il a eu encore du délire la nuit. Pouls encore plein, à 90. Selles presque liquides. Langue sèche et fuligineuse. Le malade s'est plaint toute la journée et toute la nuit. Face terreuse. Quelques frissons légers.

Le 2, pouls un peu moins fort et moins fréquent. Le malade va de plus en plus mal.

Le 3, pouls faible, mou, dépressible, très fréquent. — Mort à 8 h. et demie du soir.

Autopsie, 36 heures après la mort.

L'orifice extérieur de la plaie, de 3 millimètres environ de diamètre, siège un peu au-dessus du bord inférieur de l'apophyse mastoïde.

Dénudation de toute la partie supérieure de la face externe de cette éminence. Cette dénudation s'étend dans l'étendue de 8 à 9 centimètres carrés environ, à trois centimètres en arrière du conduit auditif externe, au-dessus de l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à 4 centimètres environ au dessus de la racine horizontale de l'apophyse zygomatique.

Le périoste est complètement enlevé dans tout cet espace, excepté au dessus du trou auditif externe où l'exfoliation est incomplète. — La dénudation s'étend dans la partie postérieure du conduit auditif lui-même, dans l'étendue d'un centimètre environ. Là, le cartilage est séparé de l'os. On aperçoit çà et là, et surtout à ce niveau, des trous remplis de pus et qui à un premier examen semblent être des orifices vasculaires.

Quand la voûte crânienne fut enlevée, nous pûmes constater les lésions suivantes :

La surface du cerveau, au niveau de la partie moyenne du lobe latéral et la partie voisine du cervelet qui reposent sur le sinus latéral, présentaient, dans l'étendue de quelques centimètres, une teinte d'un brun médiocrement foncé ; il y avait là un ramollissement superficiel et peu étendu de la substance grise.

Le reste du cerveau ne présentait rien de particulier.

En examinant la face interne de la dure-mère, du côté gauche, nous aperçûmes une teinte bleuâtre, médiocrement foncée au niveau de la face supérieure de la base du rocher et au niveau du sinus latéral.

La dure-mère était facile à détacher dans ces deux points. Dans la portion correspondant à la face supérieure du rocher, elle était épaissie et comme ulcérée à la face externe.

Je n'ai pu constater si le sinus pétreux supérieur était enflammé.

Le sinus latéral, à partir de la base du rocher, jusqu'au golfe de la veine jugulaire interne, était enflammé. Ses parois étaient épaissies, sa face interne était en rapport avec une fausse membrane de un millimètre environ d'épaisseur, qui cependant n'en oblitérait pas complètement la cavité. Le reste de cette cavité était rempli de pus. Mais il y avait oblitération complète de la cavité du sinus au niveau de la base du rocher, là où ce canal change brusquement de direction, et où il reçoit le sinus pétreux supérieur. La veine jugulaire interne était également enflammée jusqu'à sa terminaison; il y avait même au delà de sa jonction avec la sous-clavière, une petite étendue de la face interne du vaisseau qui présentait un commencement d'inflammation; il y avait là un caillot sanguin diffus qui se prolongeait dans le tronc veineux innominé gauche, mais était loin de l'oblitérer. Dans aucun point de la veine jugulaire, il n'y avait oblitération de la cavité. Cette veine présentait la même altération que le sinus latéral, fausses membranes, épaisseur et pus dans la cavité.— Cette veine était environnée d'un tissu cellulaire assez doux; il ne semblait point cependant y avoir compression du nerf pneumo-gastrique. Engorgement des lymphatiques et des ganglions qui avoisinent la partie supérieure de la veine.

La face supérieure de la base du rocher présentait une ouverture à bords irréguliers, de quatre à cinq millimètres de diamètre, et communiquant dans les cellules mastoïdiennes qui étaient remplies d'une matière ressemblant à de la matière tuberculeuse qui commence à se ramollir. La cavité unique qui résultait de la destruction des cloisons de ces cellules, était située au-dessus et en arrière du conduit auditif externe. Il y avait communication entre cette cavité et l'oreille moyenne, dont toutes les parties avaient été détruites et en partie entraînées par la suppuration. La mem-

brane du tympan était elle-même presque complètement détruite.

Cœur. Rien de particulier dans le volume général, ni dans l'épaisseur des parois des ventricules. Rien aux orifices. Petit caillot sanguin dans le ventricule droit, ne se prolongeant point dans l'oreillette.

Poumons. Epanchement assez considérable dans les deux cavités pleurales, et surtout dans celle du côté droit, d'une sérosité roussâtre, mêlée d'un peu de matière purulente. Adhérences assez fortes du poumon droit en arrière et sur les côtés. Ulcération à fond grisâtre dans quelques points de la surface du poumon, surtout au niveau du bord antérieur du poumon droit. Ces ulcérations semblent résulter de l'ouverture, dans la plèvre, de petits abcès superficiels.

Le poumon gauche présente dans plusieurs endroits, et surtout dans le lobe inférieur, un grand nombre de petits abcès gros comme des noisettes, des lentilles, des haricots, contenant de la matière purulente généralement très liquide, grisâtre, sanieuse. Les plus petits renfermaient une matière plus compacte, grumeluse. Les parois de ces abcès, ou plutôt le tissu cellulaire environnant, dans l'épaisseur d'un millimètre environ, présentaient une certaine dureté. Puis, plus en dehors, ce tissu était gorgé d'un liquide sanguinolent. Tout le lobe inférieur gauche semblait être affecté de pneumonie au premier degré. Le lobe supérieur du même côté présentait seulement trois de ces abcès ; mais le plus volumineux était gros comme une petite noix, et il semblait y avoir autour un peu d'infiltration purulente ; il siégeait au bord postérieur. Un autre plus petit existait au voisinage du sommet et en arrière. Un autre du même volume se voyait sur le bord antérieur.

Le poumon droit était moins altéré. Cependant il présentait çà et là dans ses trois lobes, et surtout en avant, quelques petits abcès ayant les mêmes caractères que ceux que j'ai déjà décrits. Tout le bord postérieur de ce poumon

était engoué. La partie antérieure l'était moins. Du reste, tous ces petits abcès, à quelques exceptions près, étaient superficiels et se décalaient au dehors par une dureté particulière, et souvent même par un aspect jaunâtre ou bleuâtre de la surface du poumon.

Foie. Vésicule gonflée, contenant au moins un verre de bile. Pas d'abcès dans le foie; mais sa surface présentait çà et là des plaques bleuâtres, marbrées qui évidemment seraient devenues plus tard le siège d'abcès superficiels.

Rate. Très molle. Boue splénique plus considérable qu'à l'ordinaire, présentant deux teintes variables, l'une plus brune, l'autre plus grisâtre, ressemblant à du pus mêlé à du sang.

• *Reins.* Face externe présentant, comme le foie quelques points bleuâtres.

Estomac. Intestins. Rien de particulier.

• Il n'y avait rien non plus dans les articulations et dans les grosses masses musculaires.

RAPPORT DE M. RICHARD SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

De toutes les questions de pathologie, en est-il une seule qui ait soulevé de plus nombreuses controverses que celle de l'infection purulente? Agitée au sein des sociétés savantes, discutée dans les feuilles périodiques et dans les traités dogmatiques les plus importants, l'infection purulente n'en est pas moins, encore à cette heure, un problème sans solution positive, arrêtée. Mais si du moins les débats auxquels elle a donné lieu, avaient réduit les difficultés, rallié quelques opinions opposées! Il n'en est rien malheureusement, et

sans sortir de cette enceinte, vous avez vu naguère encore la discussion prendre feu à l'occasion d'une pièce présentée par M. Cusco, et, faut-il l'avouer? ne conduire à aucun résultat satisfaisant; car aucun des argumentateurs n'a pu être forcé dans ses convictions; aucun d'eux n'est parvenu, que je sache, à faire pénétrer les siennes dans l'esprit de ses contradicteurs. Sommes-nous donc réduits à discuter éternellement la question de l'infection purulente? je ne le pense pas, et ce qui me permet d'augurer favorablement de l'avenir, c'est que la cause qui jusqu'à ce jour a frappé nos discussions de stérilité, n'est pas une de ces causes contre lesquelles doivent nécessairement se briser les persévérants efforts des travailleurs. Voyez ce qui a lieu quand on discute cette question : les uns apportent quelques faits à l'appui de leur manière de voir, les autres incontinent opposent faits contre faits; or, si des faits contraires, également positifs, et les uns et les autres marqués au sceau d'une authenticité désirable, ne peuvent se détruire, il n'en est pas moins vrai qu'ils jettent l'esprit dans de déplorables incertitudes. Cela n'aurait point lieu pourtant, si ces faits étaient nombreux, tous soigneusement recueillis et accompagnés des détails les plus circonstanciés, toutes conditions sans lesquelles, vous le savez, les faits sont comme non-avenus dans la science, et moins utiles qu'embarrassants. Bornons-nous donc, pour le présent, à recueillir des observations cliniques, accumulons faits sur faits, en les soumettant toutefois au contrôle d'un examen sérieux; et ces éléments une fois préparés, nous pourrons sans danger nous élever à l'œuvre théorique, à l'œuvre de généralisation. C'est là la voie vraiment scientifique hors de laquelle nous marcherons toujours sur un sol mobile.

Ceci établi, vous n'attendez pas que je vienne discuter ici, à l'occasion d'un fait particulier, toutes les théories qui ont été émises sur l'infection purulente. Sans me préoccuper de ces théories dont le nombre fait notre pauvreté, je me bor-

nerai à constater purement et simplement, qu'une nouvelle observation d'infection purulente doit être ajoutée à celle que nous possédions déjà.

Nous avons affaire ici à une infection purulente survenue chez un individu qui a offert tous les caractères d'une phlébite suppurative, avec possibilité au pus de circuler librement dans le système veineux ; car si dans un point du sinus, il y avait obstacle absolu, il existait un passage dans la veine jugulaire interne, et d'ailleurs, les sinus communiquant les uns avec les autres, leur oblitération en un point suffit-elle pour parquer le pus et l'empêcher de passer ?

A côté de cette phlébite, permettez-moi de mentionner spécialement la dénudation de l'os, circonstance importante à noter ici, puisque dans les blessures de la tête qui amènent des abcès métastatiques, cette dénudation a été presque toujours rencontrée, au dire des chirurgiens. — Faut-il supposer une relation entre la fièvre typhoïde antérieure de trois mois à l'otorrhée purulente, et cet écoulement lui-même ? Bien qu'on ait donné cet épiphénomène comme assez fréquent dans les fièvres typhoïdes graves, j'ai de la peine à admettre ici une relation de cause à effet, précisément à cause du temps assez long qui s'est écoulé entre la guérison de la première maladie et le début de la seconde.

DISCUSSION.

A la suite de cette lecture, M. Jousset demande la parole pour attaquer l'expression d'infection purulente dont s'est servi M. Richard ; cette infection du sang par le mélange du pus est une supposition ingénieuse, mais toute théorique.

— M. Richard répond qu'en acceptant le mot d'infection purulente, il ne se fait le partisan d'aucune théorie ; car au-

cune, selon lui, n'est encore suffisante pour expliquer les phénomènes. Le mot infection purulente ne signifie rien, n'exprime rien qu'un fait; dans le cas de M. Lonier, qui fait l'objet du rapport, il y a eu d'abord une phlébite, puis une infection purulente, et à l'autopsie, on trouve qu'il n'y avait pas d'obstacles au mélange direct du pus avec le sang. Exposer un fait de ce genre n'est pas faire une théorie ingénieuse.

M. Bonnet ne veut pas non plus juger la question théorique de l'infection purulente. Mais si l'on prétend que le pus ne puisse jamais se mêler au sang, il ne peut pas admettre cette opinion exclusive; il a vu et bien vu à l'hôpital de la Pitié, sur un homme mort au milieu des phénomènes de l'infection purulente, sans qu'il y ait eu d'abcès métastatique, du pus en nature être en contact avec le sang sans aucun intermédiaire, sans caillot ni fausse membrane, dans les veines médiane, céphalique et axillaire.

M. Jousset ne nie pas qu'il y ait des cas dans lesquels du pus est en contact avec du sang, sans aucun intermédiaire. Il nie seulement que ce mélange ait lieu de façon à produire l'ensemble de phénomènes désigné sous le nom d'infection purulente.

M. Richard s'étonne d'entendre énoncer une négation aussi formelle, alors qu'il est démontré que l'injection de pus dans le sang d'animaux donne lieu à une infection purulente. Les expériences consignées dans un mémoire présenté par M. Castelnau à l'Académie de médecine, sont concluantes à cet égard.

M. Pigné rappelle qu'il y a bon nombre d'expériences de ce genre et antérieures; telles sont celles de M. Cruveilhier insérées dans nos bulletins, celles de M. Chassaignac et d'autres.

Suivant M. Barth, la nature ne procède pas toujours de la même manière; des faits, en apparence semblables, peuvent très bien être dus à un mécanisme différent. La question

de l'infection purulente est probablement au nombre de ces faits. Il faudrait pouvoir établir les divers modes suivant lesquels cette infection peut avoir lieu, ce qui n'a pas été fait encore.

M. Cruveilhier engage M. Jousset à méditer, relativement à l'infection purulente et à sa théorie, les faits d'individus très bien portants comme Maréchal, qui se font saigner sans nécessité, sont pris à la suite d'une phlébite et meurent d'infection purulente.

Corps fibreux de l'utérus avec un commencement d'ossification, pouvant faire croire un instant à une grossesse extra-utérine, ou à une monstruosité par inclusion.

Pièce communiquée par M. BLot, interne à la Salpêtrière.

La pièce anatomique dont la description va suivre a été prise sur la nommée Deltoimbe, âgée de 45 ans, qui a cessé d'être réglée depuis deux ans. Cette femme est morte dans le dernier degré de la paralysie générale des aliénés, à la Salpêtrière.

De la face antérieure de l'utérus, qui n'offre rien d'anormal ni en lui même ni dans ses annexes, part un prolongement conoïde de 25 millimètres de longueur, de 7 à 8 millim. de diamètre à sa base, formé d'un tissu tout à fait semblable à celui de l'utérus. Au sommet de ce prolongement qui n'offre point de cavité intérieure, se trouve une petite masse de forme irrégulièrement arrondie, du volume d'une petite noix, recouverte par une espèce de coiffe péritonéale qui se continue d'une part avec le péritoine qui recouvre le prolongement et tout l'utérus, de l'autre avec un cordon cylin-

drique de la grosseur d'une plume de corbeau, qui remonte en haut et à gauche, en longeant le côté correspondant du grand épiploon pour aller se confondre avec lui au niveau de l'hypochondre gauche. La structure de ce cordon est entièrement semblable à celle du grand épiploon ; au moment de l'autopsie, on apercevait très-distinctement, à son intérieur, plusieurs vaisseaux sanguins.

A la circonférence de la tumeur, on remarque, à travers le feuillet séreux qui la recouvre, quatre petits corps rangés en arcade et ayant l'aspect de dents incisives ; l'un d'eux surtout offre un bord libre, tricuspidé, comme cela s'observe souvent sur celui des dents de cette espèce. Si on enlève la coiffe péritonéale, et qu'on promène à leur surface la pointe du scalpel, on remarque qu'ils ont la dureté du tissu osseux ; on n'y trouve aucune trace d'émail, ce qui porte à penser que ce sont là simplement des concrétions osseuses, ou du moins calcaires.

Derrière l'arcade ainsi formée se trouve un petit amas d'une substance grisâtre, solide, légèrement élastique, comme fibreuse, dans laquelle les recherches les plus attentives ne peuvent faire découvrir la moindre trace de poils.

Les petits corps, complètement détachés de la substance dans laquelle ils sont implantés, se présentent sous la forme de petites plaques ossiformes, de couleur jaunâtre, convexes par leur face libre, concaves par leur face adhérente, d'une dureté considérable.

RAPPORT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

par M. PIGNÉ.

Dans l'une des dernières séances de la Société, il vous a été présenté par M. Blot, interne à la Salpêtrière une tu-

ment située sur la partie supérieure de la matrice à laquelle elle était fixée par un pédicule assez long et assez large.

Cette tumeur était en partie osseuse, en partie fibro-cartilagineuse. Il s'est élevé des doutes dans l'esprit de plusieurs d'entre vous sur la nature de ce produit.

Était-ce le résultat d'une grossesse extra-utérine ? était-ce une tumeur fibreuse infiltrée de matières calcaires ? la forme des parties osseuses a pu faire croire à quelques-uns que c'était là un de ces produits dans lesquels on rencontre des dents.

Tâchons d'éclaircir cette question, et pour cela examinons quels sont les caractères des produits de grossesse extra-utérine, et quels sont les caractères des produits où on rencontre des dents ; et, pour arriver plus sûrement à un résultat, interrogeons les faits.

Or, les faits de grossesse utérine que nous avons trouvés dans les auteurs, ceux qui sont dans le musée Dupuytren et ceux que nous avons observés nous-même sont au nombre de 84.

Ces faits se divisent en deux groupes :

45 sont relatifs à des embryons ou fœtus morts depuis trop peu de temps pour avoir subi aucune transformation ; ils sont encore reconnaissables, et aucune de leurs parties n'a perdu ses caractères. Le cas dont il s'agit ne peut rentrer dans cette catégorie.

Les 39 faits qui restent doivent être divisés en quatre groupes :

Dans 8 cas les embryons se sont desséchés ;

— 7 — se sont pétrifiés ;

— 4 — se sont encroûtés ;

— 20 — se sont putréfiés.

Les premiers ont conservé toutes leurs formes extérieures ; seulement ils ont été momifiés ; tous leurs liquides ont été absorbés : une partie même des solides a été absorbée ; ils sont devenus poreux ; friables ; leur couleur est devenue

cendrée : leur peau, qui a été parcheminée, est criblée d'une foule de trous de diverses grandeurs. Tous sont devenus assez analogues à celui que je mets sous vos yeux ; mais, dans tous les cas ils étaient renfermés dans un kyste assez épais, quelquefois assez cartilagineux et quelquefois aussi en partie ossiforme.

Ceux de la deuxième catégorie, qui se sont pétrifiés, se sont débarrassés d'une grande partie de leurs liquides ; ils se sont imbibés de sels de chaux, à l'instar des tumeurs fibreuses qui en reçoivent en plus ou moins grande quantité ; mais, en subissant cette modification de structure, ils ont conservé toutes leurs formes extérieures ; et la majeure partie de leurs organes intérieurs ont été conservés, quoique eux aussi se soient imbibés de sels de chaux dans des proportions variées. Dans tous ces cas encore, la tumeur était enveloppée d'un kyste d'une grande épaisseur.

Les faits de la troisième catégorie sont peut-être les plus curieux ; le quatorzième volume de vos bulletins en contient un exemple à la page 334. Ce fait, qui fut mis sous vos yeux, devint l'objet attentif d'une commission dont je fus le rapporteur, et vous vîtes tous que le fœtus qui avait séjourné dix-neuf ans dans le péritoine de la mère était de toutes parts environné d'une coque mi-plâtreuse, mi-ossifiée, composée presque uniquement de sels de chaux ; que dans cette enveloppe solide se trouvait un fœtus à terme admirablement conservé, et dont tous les organes avaient encore dans toute leur intégrité leur mollesse, leur flexibilité, leur élasticité, et dans quelques points toute leur coloration normale. Le cerveau seul était converti en une masse butireuse, que l'analyse chimique faite avec soin démontra n'être qu'un mélange d'oléine et de margarine, tout-à-fait identique avec la graisse humaine ; seulement on y rencontra cette matière grasse blanche, que Vauquelin a le premier signalée dans le cerveau et que Couerbe a désignée sous le nom de cérébrote.

Mais, je le répète, tous les autres organes étaient intacts; malgré les dix-neuf ans de séjour du fœtus dans la cavité abdominale; il en était de même dans le cas signalé par Walther et qui avait séjourné vingt-deux ans, dans celui décrit par Camérarius, et qui avait séjourné quarante-six ans, et enfin dans celui de Nebel, qui était resté 54 ans.

Enfin, messieurs, vous connaissez trop l'histoire des fœtus qui se putréfient, suppurent et sont éliminés au-dehors pour que je doive insister plus long-temps sur ce point.

Vous le voyez donc, les grossesses extra-utérines ont des modes de terminaison bien tranchés, et le fait qui vous est soumis ne saurait rentrer dans aucune de ces catégories; ce n'est donc pas une grossesse extra-utérine dont le produit se serait transformé.

Mais ce fait serait-il un exemple de ces kystes ovariens dans lesquels on rencontre des dents?

Avant d'examiner cette question, qu'il me soit permis de vous dire quelle est, selon moi, la nature de ces kystes, et d'où ils proviennent. Comme mon opinion est loin d'être celle adoptée généralement, permettez-moi de vous dire ce qui m'a conduit à l'adopter.

Et d'abord, que sont ces kystes? Ce sont des tumeurs enkystées, dont la membrane d'enveloppe est fibreuse, généralement très-épaisse et très-résistante, composée le plus souvent de plusieurs membranes superposées. La face externe est adhérente aux parties voisines par un ou plusieurs points. La face interne est souvent lisse et quelquefois hérissée d'une grande quantité de cheveux. Dans l'intérieur est une masse composée de graisse dans laquelle se trouvent des cheveux; tantôt ces cheveux sont en plus grande quantité que la graisse, et tantôt la graisse domine. Lorsque la graisse domine, elle est jaune, safranée, grumeleuse, modérément liée et traversée en tous sens par des cheveux qui ordinairement sont petits, et de couleurs variées, dans des kystes différents, mais toujours de même couleur dans le même kyste.

Lorsque les cheveux dominant, la graisse est ordinairement plus liée, plus homogène ; les cheveux sont alors généralement plus longs : on les a vus de huit ponces de long dans le fait signalé par Schacher (de Ovarii tumore. Lips., 1735) ; je les ai vus avoir quatorze ponces (4), et, dans le fait déposé par M. le dr Dugasse, dans le musée Dupuytren, et que je mets sous vos yeux, en en voit qui ont plus d'un mètre de long. Ces cheveux sont tantôt mêlés, brouillés, et tantôt réunis en mèches plus ou moins considérables. Ces cheveux sont presque toujours plus fins que les cheveux ordinaires de la tête.

Assez souvent on rencontre dans ces kystes des dents parfaitement bien conformées, ayant une ou plusieurs racines, un collet et une couronne d'émail ; ces dents sont tantôt des incisives, tantôt des canines et quelquefois des molaires. Le plus souvent on en rencontre deux, trois ou quatre ; quelquefois elles sont en plus grand nombre. On en trouve vingt-cinq dans le cas décrit par Blumenbach (loco citato) ; ce sont des canines, des incisives et des molaires.

Tantôt ces dents sont implantées dans les parois du kyste ; tantôt, mais plus rarement, elles sont disséminées dans la graisse, et tantôt elles sont implantées dans des pièces osseuses ; dans ce dernier cas, elles sont ordinairement entre la graisse et le kyste, rarement mêlées à la graisse.

Enfin toutes les pièces du squelette peuvent se trouver dans ces kystes.

Tels sont ces kystes. Quels sont les points où on les rencontre ? D'abord c'est une erreur de croire qu'on peut les rencontrer dans tous les organes ; c'est également une erreur de croire qu'on ne peut les rencontrer que dans la cavité abdominale.

(1) Le musée de Gotha en contient des mèches d'un pouce d'épaisseur, et de deux pieds de long. Ce fait a été décrit par Blumenbach (*Médec. Biblioth.*, vol. 1, p. 152.)

Sur 72 cas que j'ai pu recueillir dans les autopsies, j'en ai trouvé :

43 dans les ovaires ;

14 sur divers points de la cavité péritonéale ;

7 dans les testicules ;

5 insérés au colon transverse ; enfin,

3 dans le thorax, dans la région précordiale.

Je n'en ai trouvé nulle part ailleurs que dans ces organes.

Sous le rapport des sexes, nous trouvons dans mon relevé :

Des 44 kystes péritonéaux, 7 appartiennent à des garçons, et 7 à des filles. Les 5 insérés au colon appartiennent tous à des garçons ; les trois de la région précordiale appartiennent également à des garçons ; en sorte que, sur les 72 cas que j'ai recueillis, 23 ont été trouvés sur des garçons, et 49 ont été trouvés sur des filles.

Maintenant, messieurs, qu'on ne vienne pas dire que ceux qu'on a trouvés dans le sexe féminin sont des produits de grossesse extra-utérine ; car sur les 49 trouvés dans ce sexe, 5 ont été trouvés chez des filles vierges, n'ayant pas encore douze ans et ayant encore l'hymen intact ; 6 ont été trouvés chez des filles âgées de six mois à deux ans ; et 4 ont été trouvés chez des fœtus femelles arrivés à terme, mais n'ayant pas respiré ; enfin 2 fois on les a trouvés chez des fœtus femelles, produits d'avortement avant la fin du huitième mois.

D'après ces faits, doit-on dire que ces kystes sont des produits de conception ? Evidemment non. Il serait, en effet, contraire aux lois de la physiologie d'admettre la conception chez des filles qui n'ont pas atteint l'âge de la puberté ; il serait contraire aux lois de la raison d'admettre que la conception portât sur des organes situés en dehors de la cavité abdominale, et surtout sur des êtres destinés à fournir, mais non à recevoir les matériaux de la fécondation.

D'une autre part, nous venons de voir quels sont les divers modes de terminaisons des grossesses extra-utérines, et jamais nous ne les avons vus se terminer par la production pilo-graisseuse dont il est ici question. Nous devons donc admettre que ces kystes, quels que soient l'âge et le sexe des individus sur lesquels on les rencontre, ne sont jamais le produit d'une conception; car, en ce cas, il faudrait admettre, ce qui répugnerait à notre raison, que le procédé pathogénique qui fournit ces produits n'est pas le même dans tous les cas.

Et cependant ces kystes contiennent, selon nous et dans tous les cas, des débris de fœtus, qui dans quelques cas ont continué à se développer en totalité, dans quelques cas se sont partiellement détruits, tandis que d'autres portions ont continué à vivre.

Avant de démontrer l'exactitude de cette opinion, qu'il nous soit permis de prouver par les faits que ce sont bien là des débris de fœtus, qui sont représentés là par de la graisse et des poils, là par ces produits mélangés de dents et de diverses pièces osseuses, et là enfin par des portions notables, non-seulement de squelette, mais même par des parties molles parfaitement organisées.

Et pour cela prenons nos exemples dans les faits qui nous ont été fournis dans le sexe mâle ou chez les fœtus femelles, afin d'éviter toute espèce de doute, toute espèce d'ambiguïté. Les faits qui vont nous fournir les détails dans lesquels nous allons entrer, ont été rapportés par les auteurs suivants :

Montagne Eclaircie chez de jeunes vierges.

Breslaw. Sammlung. 1782, janvier, pag. 73. — Schöten-Krants, Stockholm. 1785. — Cleghorn, Transac. of the Roy. Acad., 1787, — Baillie, Philosoph. Transact., vol. LXXXI, part. 4, pag. 73. — Schmemering, notes à Baillie, pag. 234.

Chez les filles de deux ans et au-dessous.

Fattori, de feti che rachi adono feti, etc. Pavia. 1815. — Bettoli, Giornal di med. prat. Padua. 1812. Vol. 1, cah. 4. — Prochaska, med. Jahrbucher. Vienne. 1814. Vol. II, cah. 4. — Philipps, medico-chir. transact. Lond. 1815. Vol. VI, pag. 124. — Curtis, New-York med. journ. Vol. 5, pag. 202. — Post, the New-York med. reposit. Vol. VI, n° 4, oct. 1820.

Dans la cavité abdominale de jeunes garçons.

Highmor, Lond. med. repository. Vol. II, 1814, pag. 173. — Cloquet, arch. de Meckel. Vol. IV, cah. 3. — Meyer, journal de Graefe. Vol. X. 1827. — Curtis, New-York med. journal. Vol. V, p. 202. — Meissner, Forschungen, etc. 1833. Vol. VI, p. 106. — Ruish, Advers. anat., Decad. III, tom. II.

Dans la région précordiale de jeunes garçons.

Gardon, med. chir. Transact. Vol. XIII, p. 4. 1825. — Carmoy, Annales de la Société de Montpellier. Vol. XI. — Kreysig, Syst. der Heilkunde. Lips. 1819. Part. II.

Insérés au colon de jeunes garçons.

Dupuytren, bulletin de la Faculté. An XIII. — Young, medic. chirurg. Transactions. Lond. 1809. Vol. I. — Wolfart, Asclepion. 1811, n° 47, p. 745. — Highmor, London medical repository. Vol. II, 1814, p. 173. — Breschet, Archives de médecine, novembre 1823.

Dans les testicules :

Schumacher, *Schaarschmitt* Nachricht. 1740. Cab. 12, p. 91. — Michaelis, *tabulae votivæ*, 1822. — Dietrich, *Froriep's Notizen* vol. XIV, n° 11. — Capadose, *Monatri duplici descript.* Berlin 1824. — Ekl, *Froriep's Notizen* vol. XIII n° 18, p. 282 1827. — Velpeau, *Archives gén. de méd.* 1840.

L'examen de ces faits prouve que l'on a trouvé, mais parfaitement confirmés et bien conservés :

1° des poils avec ou sans bulbes, fibres dans la graisse ou implantés dans les parois du kyste;

2° des dents canines, incisives ou molaires, très bien conformées, ayant des racines, des collets, des couronnes;

3° des maxillaires supérieurs ou inférieurs plus ou moins complets, plus ou moins bien conformés, mais toujours reconnaissables;

4° divers os de la face ou du crâne; parmi ces derniers, les os pariétaux ont été les plus fréquents; parmi les premiers, les os de la pommette se sont rencontrés plus souvent;

5° des os du bassin, quelques apophyses des vertèbres;

6° des fémurs, des humérus, des phalanges, des côtes, etc.

Une chose qui nous a frappé dans cet examen, c'est de voir que sous le rapport du développement des cheveux, il y a des différences très notables; mais que ce ne sont pas ceux qui étaient adhérents aux kystes qui se sont développés le plus;

Que les dents ont généralement acquis, à un haut degré, la forme, le volume, la consistance que l'on rencontre dans les mêmes organes des sujets porteurs de ces kystes; mais il est à remarquer que ces organes, malgré leur développement, ont la forme des dents de la première dentition; je n'en ai jamais vu qui eussent les caractères des dents per-

manentes. Ces dents ont tantôt un canal central, et tantôt en sont dépourvues ;

Que les os sont ordinairement arrêtés dans leur développement en longueur et en épaisseur, mais qu'ils ont continué néanmoins leur ossification; leurs petites épiphyses sont soudées comme dans les os des adultes; la ligne épiphysaire n'existe plus; leur ténacité est extrême, leur éburnation est peut-être supérieure à celle des os des adultes.

Quoique la cavité thoracique n'existe réellement pas dans beaucoup de cas, les côtes que l'on a trouvées n'en ont pas moins leur forme curviligne; seulement, elles sont souvent plus rondes qu'à l'ordinaire; quelquefois cependant elles sont aplaties.

Souvent différents os étaient adhérents, et on a trouvé aussi des vaisseaux artériels.

Dans les cas où on a rencontré un crâne avec une cavité crânienne, le cerveau était remplacé par une masse oléagineuse, analogue à celle que nous avons fait analyser, et dans laquelle M. Bondet, pharmacien, a trouvé de l'oléine, de la margarine et de la cérébrote.

Or, Messieurs, est-il possible, d'après ces détails, de reconnaître là des débris du fœtus. Plusieurs d'entre vous ont vu le fait de M. Velpeau, et ont reconnu qu'il était constitué par un grand nombre de parties du squelette.

Enfin, comme preuve irrécusable que ce sont bien là des fœtus, je me hasarde, je crois, que de vous faire voir le fait suivant qui a été détaché par moi du colon transverse d'un jeune homme âgé de 15 ans.

Nous voyons, en effet, un thorax bien conformé que j'ai ouvert; il n'y a pas de trace de poumons; mais la série des côtes existe et se trouve bien constituée. On rencontre des bras, des mains et des doigts bien développés; les jambes, les genoux et les pieds sont également bien dessinés. Chose remarquable, toutes ces parties sont recouvertes d'une membrane qui a de grandes analogies avec la peau.

Il est à remarquer que les membres qui existent et qui sont recouverts de cette enveloppe, sont pourvus d'ongles à leurs extrémités, que ces ongles sont plus longs que les doigts, c'est-à-dire sont plus développés que ne le sont ceux d'un fœtus de quatre mois qui, pour la taille, serait comparable à celui-ci. Les côtes sont osseuses, ainsi que les fémurs, les tibias, etc. En un mot, tous les appareils qui existent sont d'une constitution si forte, qu'en les examinant avec attention, il semblerait qu'on ait sous les yeux, des appareils d'un vieillard vus en miniature.

Ainsi donc, Messieurs, plus de doute, ce sont bien là des fœtus. Ces fœtus doivent tous reconnaître la même origine; et cette origine remonte au moment de la conception de l'individu qui porte le kyste. Or, quel est leur mode de formation? Pour pouvoir l'apprécier, remontons un peu plus haut.

Si on examine un certain nombre d'ovaires, il est rare que sur une dizaine, il n'y en ait pas au moins un sur lequel on ne trouve des corpuscules de *Graaf* unis entre eux; quelquefois ils sont si intimement unis, qu'une portion plus ou moins considérable du globe de l'un pénètre dans l'autre, et dans ces cas, les cavités des deux corpuscules communiquent entr'elles.

Or, si l'un de ces deux corpuscules est fécondé, les deux le seront nécessairement; les deux œufs croîtront ensemble, et il y aura alors un double produit de fécondation, réuni dans la même enveloppe, et ces deux germes se développeront simultanément et immédiatement à côté l'un de l'autre; et si l'un se développe avec un peu plus de rapidité que l'autre, celui qui se développera davantage englobera le retardataire.

Mais il ne l'englobera qu'à l'aide des organes qui se développent les premiers; or, on est généralement d'accord que le cœur et les corps de Wolf sont, de tous les organes, ceux qui apparaissent les premiers. Ces derniers président ulté-

rieurement à la formation des ovaires ou des testicules, et du colon; c'est donc dans ces organes que le fœtus englobé devra se trouver; et c'est aussi là, ainsi que les faits le démontrent, que l'on rencontre les kystes, débris du fœtus englobé. Tel est, si je ne me trompe, le mode de formation de ces kystes.

Si maintenant nous recherchons l'opinion des auteurs sur ce point d'embryogénie, nous verrons que *Dupuytren*, et après lui *Meckel*, pensent que ce kyste n'est autre chose que le produit d'une superfœtation, et que des deux germes frères, l'un a absorbé l'autre par l'effet de quelque pression dans la cavité utérine.

Huffeland (*Journal*, vol. XX, cah. III, p. 173), se borne à dire qu'il regarde ce phénomène comme impossible.

Osann (*Huffeland's journal*, vol. XXXI, déc. 1810) dit que deux germes coexistent, que le plus fort se nourrit aux dépens du plus faible et l'englobe.

Prochaska (*Medic. Jahrbucher*, vol. II, 1814) dit que : ou bien il y a mélange de deux germes simultanément introduits; ou bien qu'un germe pénètre l'autre après coup; que dans le premier cas, il y a arrêt par défaut d'oxygène; ce qui est plus probable, dit-il; que dans le deuxième cas, le second germe pénètre les enveloppes du premier.

Mais j'en arrête, car je serais entraîné beaucoup trop loin si j'entreprenais l'examen de ces diverses théories, et surtout si j'examinais les divers résultats de cette association d'organes, de cette fusion de germes. J'aurai, je pense, l'occasion de vous entretenir plus tard, de cet intéressant sujet.

Je reviens donc à la pièce qui vous a été présentée par M. Biot; cette tumeur n'appartient évidemment pas à une grossesse extra-utérine; ce n'est pas non plus un kyste par intrafœtation; elle ne leur ressemble ni par le lieu qu'elle occupait, ni par ses enveloppes, ni par aucun des caractères anatomiques que j'ai décrits. Les dents que l'on a cru recon-

naître ne sont autre chose qu'une transformation ovaïforme d'une tumeur fibreuse; dès lors, ce cas rentre dans la catégorie des cas les plus vulgaires et des plus insignifiants.

DISCUSSION.

M. Barth ne trouve pas qu'il soit si facile de distinguer les monstruosités par inclusion, des grossesses extra-utérines. Il a vu, un grand nombre de ces kystes dits ovariens, et toujours chez des femmes, en sorte que la proportion établie par M. Pigné pour les garçons, paraît trop considérable. Or, en consultant ces cas, M. Barth a trouvé tous les intermédiaires, depuis, un fœtus bien conformé, en passant ensuite par des tumeurs où il y avait des fragments encore reconnaissables, puis des tumeurs contenant des poils, des cheveux, des dents et de l'épiderme, ou bien seulement des poils, de l'épiderme et des masses graisseuses, jusqu'à de tout petits kystes ne renfermant que des cheveux. M. Barth accepte, dans beaucoup de ces cas, que c'étaient des grossesses extra-utérines dans lesquelles le fœtus, développé plus ou moins, a subi ensuite des changements tels en se détruisant, qu'il n'en reste plus que certains produits. M. Barth ne peut pas comprendre théoriquement que la nature agisse différemment pour faire disparaître un fœtus dans le cas de grossesse extra-utérine, ou dans le cas de monstruosité par inclusion; cependant si cela est démontré par des faits, il faudra bien l'accepter. Il y a des cas bien positifs dans lesquels on ne peut pas nier les monstruosités par inclusion, comme lorsqu'on les observe chez des garçons, ou chez des enfants qui les ont portées en venant au monde; mais en acceptant ces faits, M. Barth croit que les grossesses extra-

utérines peuvent donner lieu aux mêmes dispositions. On a pu trouver des cheveux, de la matière grasse et des dents chez des femmes dont le kyste remontait à peu d'années. Dernièrement M. Récamier en a extrait d'une jeune femme qui portait sa tumeur depuis un an à 18 mois seulement. M. Jousset ajoute que cette tumeur s'était développée graduellement comme un utérus dans une grossesse, et que dès le commencement de son apparition les règles s'étaient supprimées.

M. Pigné persiste dans ses conclusions. En donnant les chiffres d'un certain nombre d'observations chez les garçons et chez les filles, il n'a pas eu l'intention d'établir des rapports entre les deux sexes. Il sait combien les kystes de l'ovaire dont il est ici question, sont communs chez des vieilles femmes; et d'après ce qu'il a vu à la Salpêtrière, il croit qu'on pourrait admettre un millier de cas chez des vieilles femmes, correspondant aux 72 signalés dans son rapport, si l'on voulait établir une proportion entre les sexes. Mais le nombre des cas observés chez des garçons est par lui-même assez important pour pouvoir permettre toutes les conclusions qu'a pu en tirer M. Pigné. — Quant à la nature de ces kystes, lorsqu'on dit qu'ils peuvent être le produit d'une grossesse extra-utérine, on le suppose, et rien n'autorise à le dire. Jamais on n'a vu des cas de grossesse extra-utérine se comporter ainsi; par exemple, dans les cas analogues à ceux cités par Dubois, Wibel, Cameracius, où la grossesse a été diagnostiquée avant le neuvième mois, jamais il n'y a eu de transformation d'organes; toujours le fœtus disparaît par absorption, élimination ou suppuration. Cela se conçoit d'ailleurs, car les monstres doubles ont chacun une existence indépendante qui leur permet de s'accroître isolément, tandis que les fœtus des grossesses extra-utérines sont des dépendances de l'individu qui les porte, et ne dépassent pas dans leur développement, si même ils y arrivent, le terme de l'état fœtal. On dit qu'on a pu suivre toutes les transitions entre les deux états extrêmes; mais il faudrait le prou-

ver. Les exemples, comme celui emprunté à M. Récamier, de kystes de l'ovaire qu'on aurait vus se développer depuis peu de temps, s'expliquent de suite; ces kystes très petits peuvent longtemps rester latents, sous forme de tumeurs que le médecin n'est pas appelé à explorer; ce n'est que lorsqu'ils viennent à se développer fortuitement, soit par eux-mêmes, soit par l'irritation qu'ils déterminent autour d'eux, qu'on s'en occupe, et qu'on peut les voir augmenter graduellement.

M. Barth insiste de nouveau sur la question de fréquence dans les deux sexes, et trouve singulier le nombre de cas si considérable qu'on trouve chez la femme. — M. Pigné répond que cela ne peut servir à aucune preuve, et que d'ailleurs on pourrait dès à présent l'expliquer par un fait bien connu, à savoir la fréquence des monstres doubles dans le sexe féminin. Sur une vingtaine de fœtus unis entr'eux, il y en a au moins dix-sept de ce sexe.

Vice-Président provisoire pendant le congé de M. Barth :

M. DE CASTELNAU.

Membres admis pendant le trimestre.

Membre honoraire.

M. BOURDON, chef de clinique de la faculté.

Membres adjoints.

MM. GOBLET, interne des hôpitaux.

MACQUET, id.

DAGINCOURT, id.

BLOT, id.

LAILLIER, id.

COUETIN, id.

LUNIER, id.

BULLETIN N° 7 (Juillet 1846).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BONNET, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER, DÉ-
SORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUJON, THIBAUT ET A. DEVILLE,
secrétaire.

SOMMAIRE.

A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Fœtus double, présentant un troisième membre supérieur avec six doigts, et un troisième membre inférieur avec huit orteils. — 2. Fœtus simple à l'extérieur, sauf que l'un des membres supérieurs est terminé par deux avant-bras. Duplicatures de plusieurs des organes thoraciques et abdominaux. Un seul cordon ombilical, bien qu'il y ait deux foies. Mécanisme de la fusion des germes; fusion, atrophie, absence de développement. Amputations spontanées d'une partie de membres déjà développés, dans le sein de la mère. — 3. Péritonite chronique. — 4. Indurations et ulcérations de l'estomac et des intestins. Abscès du foie. — 5. Follicules de l'estomac hypertrophiés sous forme de tumeurs volumineuses comme des pois, éparpillés sur la muqueuse.

B. *Cancer de l'estomac. — Lésions artérielles; aortite?*
(Observation et discussion).

C. *Hémorrhagie méningée, limitée au côté droit de la tête; hémorrhagies dans les deux hémisphères du cerveau; coexistence d'une tumeur cancéreuse de la dure-mère à la base du crâne.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Pigné apporte des pièces toujours à l'appui de son opinion sur les monstres doubles. Les deux d'aujourd'hui servent sous plusieurs points de vue de transition l'une à l'autre.

Sur un squelette de fœtus double, que M. Pigné met sous nos yeux, on voit: un thorax antérieur bien conformé; deux membres supérieurs et deux membres inférieurs réguliers; deux globes cé-

phaliques. Derrière le thorax régulier on en voit une portion d'un autre, avec un sternum incomplet sur lequel vient s'articuler un troisième membre supérieur composé d'une clavicule, deux omoplates, un humérus, un cubitus, deux radius et une seule main avec six doigts. Ce dernier membre supérieur est bien évidemment composé de deux bras, et les éléments qui sont restés simples sont cependant doubles et appartiennent à deux individus. L'humérus en est beaucoup plus volumineux que chacun de ceux des deux autres membres supérieurs. — Avec un fait pareil, on peut sans exagération supposer que la fusion aurait pu être portée plus loin; les deux omoplates auraient pu se confondre, les deux radius se réunir, et alors le membre supérieur, examiné seul, aurait été parfaitement régulier, sauf qu'il y aurait eu six doigts. Dans ce cas, la présence d'un sixième doigt à une main serait donc une preuve de duplicature des germes. — Sur le même squelette il y a aussi en arrière un troisième membre inférieur, avec deux os iliaques, un seul fémur, un seul tibia et un pied avec huit orteils. Le péroné manque, mais probablement il s'est perdu ou détruit pendant la préparation du squelette. — On pourrait appliquer à ce membre inférieur tout ce qui vient d'être dit précédemment. — Il est important d'avoir constaté un degré de fusion aussi avancé, pour passer maintenant à l'examen de l'autre pièce.

2. Celle-ci est relative à un fœtus simple, parfaitement bien conformé à l'extérieur, sauf que l'un des bras porte deux avant-bras terminés chacun par une main, et qui commencent à se séparer complètement vers le tiers supérieur de l'avant-bras; ce degré de fusion pourrait être bien plus avancé, et arriver au point de ne plus présenter que six doigts à une main, comme dans le squelette précédent. Et alors comme à présent cette duplicature d'un seul organe extérieur prouve que l'individu est double. — Si l'on dissèque le fœtus, on trouve dans le membre difforme: deux omoplates en partie réunies par leur bord postérieur, mais encore mobiles; deux clavicules accolées, mais non confondues; on sent par la pression à travers les tissus extérieurs, qu'il y a probablement deux humérus; il y a deux plexus brachiaux, deux nerfs médians, deux artères principales avec duplicature des veines, deux biceps et deux de chacun des muscles de la partie antérieure et externe du membre. Les viscères présentent des particularités importantes. Il n'y a qu'un

seul cordon ombilical, fait extraordinaire, que M. Pigné n'a rencontré que cette fois, et dont il ne croyait pas pouvoir admettre l'existence, lorsque, comme dans ce cas, il y a deux foies; l'un des foies est volumineux et divisé en plusieurs lobes comme celui de certains animaux; l'autre a à peine le tiers du volume du précédent. De chaque côté se voient deux reins parfaitement développés; en tout quatre reins. Le tube digestif est unique, sauf qu'on trouve deux cœcums; il y a aussi deux rates. Dans la cavité thoracique, on rencontre d'abord un cœur régulier renfermé dans un péricarde spécial, et entouré de deux poumons complets. Derrière ce cœur, contre la colonne vertébrale, se voient deux autres poumons tout petits, séparés par une petite tumeur dans laquelle on reconnaît des colonnes charnues, comme celles du cœur.

M. Depaul ne comprend pas que dans les cas fort remarquables cités par M. Pigné, il y ait réellement fusion des organes; il aimerait mieux croire que les organes absents se sont atrophiés.

M. Pigné répond à M. Depaul que la fusion est démontrée par le volume plus considérable des organes simples chez un individu double; ainsi l'humérus du troisième membre supérieur dans la première pièce citée; bien plus, il existe plusieurs cas d'humérus simples supérieurement et bifurqués inférieurement.

M. Depaul reconnaît que ces cas peuvent être concluants en faveur d'une fusion. Mais en est-il toujours ainsi?

M. Giraudeau émet relativement à la fusion des organes les mêmes doutes que M. Depaul; il ne dit pas, malgré cela, que les organes absents se soient atrophiés, aient disparu; il croit plutôt qu'ils ne se sont pas développés. Pour appuyer son opinion, il se fonde sur l'ordre d'importance des parties, et sur l'ordre dans lequel elles apparaissent aussi bien dans la série animale que dans le développement d'un fœtus humain. Dans le membre supérieur, qu'est-ce qui apparaît d'abord? La main; puis vient l'avant-bras, puis le bras. Or c'est dans ce même ordre que se fait la disparition des organes; ce qui manque d'abord, c'est le bras, puis l'avant-bras; la main peut elle-même ne s'être pas développée à part un seul doigt. Aussi lorsque les deux bourgeons qui représentent un membre supérieur se rencontrent, il n'y a que les extrémités développées, et qui restent distinctes.

M. Pigné répond que l'opinion de M. Giraudeau tient à ce qu'il n'en-

visage pas de la même façon le mécanisme du développement des parties. Selon M. Giraldès, ce développement se ferait comme dans les bourgeons des arbres dicotylédones qui poussent toujours par leur base, tandis que pour M. Pigné, le développement des parties se fait comme dans une tige de blé où toutes les parties qui doivent se développer, existent dès le commencement.

M. Giraldès s'oppose à ce qu'on admette ainsi dans un embryon tous les organes futurs en miniature, comme le voulait Haller. On n'est pas en droit de dire une pareille chose avant de l'avoir démontrée. Une théorie qui ne s'appuie pas sur des faits, n'est plus une théorie; c'est une hypothèse.

Pour M. Pigné, la théorie qu'il admet n'est ni plus ni moins démontrée que celle de M. Giraldès; car il est tout aussi impossible de démontrer l'une que l'autre par des faits. On dit que les organes n'existent pas en miniature dans l'embryon, parcequ'on ne les y voit pas. Mais qu'est-ce que cela prouve? C'est que nos moyens d'investigation actuels ne peuvent pas nous les y montrer; cela ne prouve en rien qu'ils n'y soient pas.

M. Mailliot admet que dans les pièces du genre de celles apportées par M. Pigné, le plus souvent il y a fusion des organes. Il peut arriver néanmoins que l'organe formé se détruise; et même l'organe peut ne pas s'être développé. Quant à la théorie du développement telle que l'accepte M. Giraldès, M. Mailliot ne trouve pas qu'elle puisse rendre compte de ces cas dans lesquels un membre supérieur est bien conformé, sauf qu'il n'y a pas de doigts, ou qu'il n'y a que les phalangettes en place des doigts.

M. Giraldès répond que ces faits sont d'un autre ordre, et que Montgomery les a bien expliqués en démontrant qu'il y a parfois des amputations spontanées dans le sein de la mère.

5. M. Caprin présente des tubercules du péritoine chez un homme de 26 ans, mort à l'Hôpital du Midi dans le service de M. Puche, où il était entré pour des chancres et un bubon. Les chancres guérirent; le bubon resta avec tous les caractères du bubon serophuleux, et il survint des syphilitides pustuleuses. Ces chancres avaient été gagnés 8 à 9 mois avant la mort. Antérieurement le malade avait eu une pleuro-pneumonie grave ayant laissé à sa suite une double pleurésie chronique avec épanchements. Et pendant le séjour à l'hôpital, s'est montrée une péritonite chronique avec as-

cite. Ces derniers accidents, compliqués d'hémorragies abondantes soit par le nez, soit par l'ulcère inguinal consécutif au bubon, ont déterminé la mort. — A l'autopsie, on trouve dans les plèvres et le péricarde un épanchement séro-sanguinolent, traversé par de nombreuses adhérences pulmonaires; les poumons sont congestionnés. Rien au cœur, autre que des caillots récents. Tubercules nombreux dans les ganglions bronchiques. Le ganglion inguinal est aussi tuberculeux et ulcéré. Le péritoine contient trois à quatre litres d'un liquide séro-sanguinolent épais; dans plusieurs endroits le sang coagulé forme des caillots les uns libres dans les points déclives de la cavité séreuse, les autres infiltrés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; il y a aussi par places quelques ecchymoses. Adhérences nombreuses dans la cavité péritonéale. La surface du péritoine et des adhérences est criblée de petites masses lenticulées, arrondies, d'une couleur variant du gris-perle au jaune ou au rouge vif, adhérentes, d'une consistance ferme, ressemblant en tout par leur structure aux tubercules des ganglions bronchiques. Vascularisation notable dans toute la cavité péritonéale. L'épiploon est surchargé d'une graisse dure et rénitente au toucher, comme du tissu fibro-cartilagineux.

4. M. Richard présente plusieurs pièces :

Des ulcérations de l'estomac chez une femme de 69 ans, qui est arrivée à l'hôpital Cochin dans le service de M. Briquet, et est morte dans la nuit sans qu'on ait eu sur elle aucun renseignement. Elle était cachectique et anémiée, et présentait à son entrée quelques signes de péritonite. A l'autopsie, on trouve dans l'estomac, à un demi-pouce de distance du pylore, une ulcération que ferment incomplètement une portion du foie et quelques fausses membranes. Une autre ulcération se voit à la partie antérieure et inférieure de l'estomac, et se trouve oblitérée par une portion de péritoine adhérent. Une troisième ulcération, beaucoup plus large que les précédentes, placée en haut et en avant, fait communiquer la cavité de l'estomac avec un abcès ancien du foie contenant du pus concret; le kyste de cet abcès hépatique renferme en outre des fausses membranes, les unes récentes les autres anciennes et adhérentes. On peut se demander d'où la maladie est partie. Des kystes de la face supérieure du foie ont pu parfois s'ouvrir un passage à travers les organes voisins qu'ils enflamment d'abord, on pourrait supposer qu'il en a été

de même ici, pour la face inférieure. Cependant, si l'on tient compte de la présence des trois ulcères dans l'estomac, et surtout si l'on examine l'intestin grêle dans toute l'étendue duquel on trouve des plaques dures, transparentes, incolores, un peu analogues aux plaques que l'on voit dans la fièvre typhoïde, sauf qu'ici elles sont plus dures, on a lieu de présumer alors que la maladie a commencé par le tube digestif. Les plaques de l'intestin forment à l'extérieur des taches bleuâtres.

5. Sur la muqueuse stomacale d'un homme de 81 ans, mort dans le service de M. Briquet à l'hôpital Cochin, des suites d'une pleurésie chronique et d'une diarrhée ancienne, avec cachexie, on trouve une cinquantaine de tumeurs, placées presque en séries régulières et transversales, surtout du côté du pylore, vers la partie inférieure. Ces tumeurs sont sous forme de petits boutons, de petites éminences hémisphériques, blanchâtres, grosses comme de gros pois, recouvertes d'un mucus grisâtre, qui suinte en quantité de leur intérieur, lorsqu'on les presse; une pression un peu plus intense les efface complètement. Quelques unes, au lieu d'être seulement hémisphériques, sont un peu plus grosses et un peu pédiculées. Toutes sont mobiles avec la muqueuse à laquelle elles tiennent, et dont elles ont la consistance ou à peu près. Leur coupe présente une espèce de tissu rougeâtre. Ces petites tumeurs, qui ne sont ni des tubercules ni du cancer, ressemblent beaucoup à des follicules hypertrophiés. — Le poulmon de cet individu, refoulé et aplati contre la colonne vertébrale, contenu dans l'épaisseur de fausses membranes anciennes, n'a pu être dilaté par l'insufflation.

Cancer de l'estomac. — Lésions artérielles; aortite?

Observation recueillie par M. RICHARD.

La nommée M., âgée de 43 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Cochin, salle St-Philippe, n° 43, le 18 avril 1846.

Cette femme n'est plus réglée depuis l'année 1832, époque à laquelle une vive frayeur occasionna la suppression brusque de ses menstrues. Elle dit jouir habituellement d'une bonne santé; de temps en temps, néanmoins, elle éprouve quelques coliques qui durent peu, ne s'accompagnent pas de fièvre, et ne l'empêchent pas de se livrer à ses occupations.

Mardi, 14 avril 1846, elle fut prise brusquement, et sans cause connue, d'un frisson, suivi de chaleur, avec coliques vives et envies fréquentes de vomir. Elle ne s'est présentée que quatre jours après, à la consultation de l'hôpital Cochin, où elle a été admise dans le service de M. Briquet.

Le jour de son entrée, elle présentait les phénomènes suivants :

Teinte un peu jaune de la face, figure fatiguée, traits un peu tirés; pas de coloration anormale des conjonctives; langue un peu grise, pas de mal de gorge, soif vive, anorexie, nausées fréquentes, suivies de quelques vomissements de matières incolores, ventre tendu, sonore partout, très douloureux à la pression, et surtout à la percussion au niveau des deux fosses iliaques; constipation; respiration à l'état normal; pouls à 112, assez fort; bruits du cœur à l'état normal; peau chaude; pas de céphalgie, ni de douleur lombaire. Saignée de trois palettes à 3 heures et demie.

Le même jour, à dix heures du soir, les douleurs de ventre et les vomissements ayant augmenté, on applique 50 sangsues sur l'abdomen, et on prescrit une potion anodine. Mais une heure environ après cette application de sangsues, on appelle l'interne de garde, qui trouve la malade dans un état presque syncopal; yeux fermés, lèvres pâles, décolorées; tête renversée en arrière, pouls très faible, bruits du cœur à peine perceptibles; c'est à peine si l'on peut arracher quelques monosyllabes à la malade. On arrête le sang fourni par les piqûres; on donne à la malade un peu d'eau sucrée. Les vomissements continuent, mais ne produisent que l'expul-

sion de quelques matières aqueuses, un peu filantes.

Le 19, légère couenne à la surface du caillot de la veille. La nuit a été assez calme. Ce matin, abattement complet. Même état du ventre. Toujours envies de vomir. Pouls à 116. Peau de chaleur modérée. Constipation. Pectorale s.g. 2 p.; g., sirop de fleurs d'orangers, 30 gr.; poudre de jalap, 0,60, calomel, 0,40, en 4 paq., un toutes les deux heures; cataplasmes sur le ventre.

Le 20, tension extrême du ventre, qui est toujours fort douloureux, au point que la percussion la plus légère arrache des cris à la malade. Plusieurs selles diarrhéiques depuis la veille. Vomissements. Pouls à 112. Peau un peu chaude. 40 sangsues sur l'abdomen; un bain; cataplasmes; même purgation.

Le 21, la malade s'est trouvée mal dans le bain. Son teint devient de plus en plus jaune. Pouls à 108, un peu plus fort que la veille. Bruit de souffle continu, avec redoublements très forts après le premier temps dans les carotides. Un peu de subdélirium continu depuis la veille. Le ventre paraît un peu moins tendu, mais toujours fort douloureux. Les vomissements ont presque entièrement disparu. 40 sangsues sur le ventre; cataplasmes; bain.

Le 22, diminution notable de la tension abdominale; moins de douleur à la pression. Faiblesse extrême; délire continu, face grippée, mâchoires fortement appliquées l'une contre l'autre. La malade refuse de boire. Pouls au dessus de 100, assez consistant. Frictions mercurielles sur le ventre; cataplasmes.

Le jour suivant, même état.

Le 24, mort à 6 heures du soir.

Autopsie.

Circonvolutions intestinales un peu flasques, sans épan-

chement purulent, sans injection bien marquée. A peine quelques brides celluluses, assez molles.

L'estomac examiné à l'extérieur, est adhérent à l'arc du colon et au pancréas, d'une manière assez intime pour qu'il faille en quelque sorte le disséquer pour l'en séparer. Il présente à un pouce et demi au-dessus du pylore, une plaque jaunâtre, assez molle, qui paraît se détacher comme d'une ulcération arrondie, autour de laquelle les parois des viscères présentent, dans un rayonnement d'un pouce, une épaisseur de quatre lignes au moins. Une incision faite directement sur cette espèce de plaque jaunâtre, nous montre qu'elle repose sur un fond induré, épaissi, analogue à la couenne de lard, et ayant tous les caractères physiques du tissu squirrheux; avec la lame du scalpel, on soulève assez facilement cette matière pulpeuse, jaunâtre, qui, en définitive, ne paraît être que le résultat d'une gangrène, dont aurait été frappée la surface d'une induration squirrheuse.

Le pylore est parfaitement libre et sans épaissement de ses parois.

Les deux poumons adhèrent par les feuilletts de la plèvre aux parois costales. Ces adhérences paraissent anciennes. — Nombreux ganglions mélanés autour des bronches.

A la voûte de la cavité thoracique gauche, existe une plaque noirâtre, ou plutôt ardoisée, large comme une pièce de cinq francs, comme collée à la surface de la plèvre dont on peut la détacher en détruisant les adhérences anciennes qui l'y maintiennent appliquées; serait-ce une fausse membrane ancienne qui aurait subi la transformation mélanée? je suis assez porté à le croire.

Un peu de sang mou dans les cavités droites qui ne présentent rien d'autre chose à noter. Dans le ventricule gauche, sang un peu noir à sa partie inférieure, fibrineux au niveau des insertions supérieures de la valvule mitrale. Celle-ci présente à ses deux angles deux petites taches laiteuses, larges comme une grosse lentille, et tout-à-fait analogues aux pla-

ques laiteuses qu'on remarque quelquefois à la surface externe du cœur. Rougeur assez vive de la valvule mitrale et un peu de matière plastique dans l'intervalle de ses cordages tendineux.

L'aorte présente un épaississement blanchâtre de ses valvules sigmoïdes, et à partir de ces dernières jusqu'au milieu de sa partie thoracique; rougeur par plaques de la membrane interne, qui se trouve notablement épaissie en certains points, où elle s'enlève très facilement et laisse à nu une matière rouge, distincte de la membrane moyenne, comme un tissu sous-séreux gorgé de sang. En même temps, on remarque çà et là à la surface interne de cette artère de petits dépôts fibrineux, faisant saillie, à surface grise, irrégulière, granulée en quelque sorte. Autour de ces petits dépôts, la surface artérielle a perdu son poli; elle est comme plissée, vilieuse au toucher. — Çà et là aussi, quelques plaques laiteuses anciennes, analogues aux deux que nous avons notées sur la valvule mitrale. — Pas d'injection à la membrane externe de l'artère. — La rougeur de la surface interne a résisté à une macération de 24 heures. — A partir du milieu de l'aorte thoracique, les altérations anatomiques précédentes, cessent *ex abrupto*, et l'aorte reprend son aspect poli, nacré.

DISCUSSION.

Cette pièce relative, selon M. Richard, à une endocardite et à une aortite, soulève des réclamations.

M. Lefebvre trouve l'inflammation démontrée par la rougeur, les altérations de tissu, et les dépôts fibrineux.

M. Deville, interpellé parce qu'il a vu la pièce fraîche, déclare que pour lui, ce n'est pas une inflammation. Il n'a constaté qu'une rougeur diffuse dans l'aorte, à la base des

valvules mitrale et tricuspide, sans injection vasculaire, et ne dépassant pas la membrane interne. Il n'a pas observé le ramollissement de la membrane interne. Quant aux autres lésions, épaississements blanchâtres, saillies molles, végétantes, ce sont celles qui précèdent cet état lent, chronique qu'on désigne sous le nom de formation de plaques cartilagineuses et calcaires. Il n'y a pas là d'aortite aiguë.

M. Jousset examine la pièce qui est conservée dans l'alcool depuis huit jours; il n'y trouve que des traces d'une affection évidemment chronique. Dans l'état actuel de la pièce, il est impossible de décider s'il y a eu vraiment une aortite aiguë. Cependant les maladies ne se caractérisent pas seulement par les lésions anatomiques, mais aussi par leur symptômes; on aurait du trouver les signes de l'aortite, par exemple, la douleur sur le trajet de l'aorte, du bruit de souffle, de l'œdème, du moins selon ce qui semblerait résulter des quatre ou cinq observations d'aortite bien connues dans la science.

M. Richard répond qu'il n'y a pas eu d'œdème; que la malade se plaignait si vivement de partout, qu'il a été impossible de rechercher rigoureusement la douleur sur le trajet de l'aorte. Quant au bruit de souffle, il existait dans les carotides, et on avait cru d'abord qu'il était dû aux évacuations sanguines; mais en y réfléchissant ensuite, on a reconnu que ce bruit était trop fort pour avoir été produit par cette cause. — Quant à la pièce, les médecins de Cochon, M. Pigné et d'autres y ont reconnu une aortite aiguë.

Hémorragie méningée, limitée au côté droit de la tête; hémorragies dans les deux hémisphères du cerveau. Coexistence d'une tumeur cancéreuse de la dure-mère, à la base du crâne.

Observation recueillie dans le service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, par M. Victor RACLE, interne des hôpitaux.

Le nommé Michel (Nicolas), âgé de 69 ans, cocher, est apporté à l'Hôtel-Dieu, et placé dans mon service, le 7 février 1846. Cet homme, ancien militaire, est remarquable par une constitution athlétique, et par un tempérament sanguin des plus prononcés.

Les personnes qui l'ont amené n'ont pu nous rien apprendre à son égard, et lui-même est dans l'impossibilité de répondre et de donner des renseignements exacts sur ses antécédents et sur son état actuel. Tout ce que l'on peut conclure de ses réponses fort ambiguës, c'est qu'il est malade depuis trois mois et dans l'impossibilité de travailler, parce que depuis cette époque, il éprouve, dit-il, dans tout le côté droit du corps, un affaiblissement qui l'empêche de marcher et de se servir de son bras. Nous n'avons pu savoir jusqu'à quel point cette assertion est exacte; et nous sommes porté à douter non-seulement de la durée que le malade assigne à cette hémiplégie, mais encore de son existence. Nous ne constatons, en effet, aucune différence appréciable entre la force musculaire du côté droit du corps, et celle du côté gauche. Il nous semble, au contraire, pour des raisons que nous exposerons plus bas, que Michel n'a que depuis quelques jours seulement, la résolution générale qui l'a fait amener à l'hôpital. Voici du reste l'état du malade, le premier jour où il fut soumis à notre observation.

Le malade est dans un état qui paraît assez voisin de la

santé, moins la diminution de l'intelligence et la résolution de tout le système musculaire. Les mouvements sont faciles dans les deux côtés du corps; on ne constate pas de faiblesse plus grande dans le côté droit que dans le côté gauche, quoi qu'en ait dit le malade. Les membres du côté droit du corps n'offrent pas d'œdème, comme les parties paralysées en présentent ordinairement, après une certaine durée de la paralysie. Il y a, avons-nous dit, une faiblesse générale qui empêche le malade de marcher, mais qui n'est que de la résolution et non de la paralysie. La sensibilité est normale; les organes des sens sont intacts. On ne peut savoir s'il existe ou non de la céphalalgie. Il n'y a pas de douleur, pas de fièvre. Ce qu'il y a seulement de remarquable chez ce malade, c'est l'affaiblissement de l'intelligence. Michel, en effet, ne fait de réponses qu'avec la plus grande difficulté. La mémoire est complètement abolie; les perceptions et les déterminations sont très lentes. Une réponse se fait quelquefois attendre très longtemps. L'ouïe paraît aussi un peu plus obtuse que dans l'état normal; souvent, au lieu de répondre, le malade se met à sourire quand on lui adresse la parole. Tout se fait lentement chez ce malade; les impressions qui se peignent sur son visage y restent longtemps marquées, et quand il a souri, ses traits en conservent l'impression pendant plusieurs minutes. Quelquefois il oublie sa langue hors de la bouche.

Les évacuations ne sont ni gênées, ni involontaires.

Pendant les premiers jours, le malade est considéré comme atteint d'un affaiblissement sénile. Il est d'autant plus difficile de poser un autre diagnostic, que l'on ignore l'époque du début des accidents, et que l'on ne sait si le début a été lent ou rapide; on n'a pas pu savoir non plus si le malade a eu des attaques d'apoplexie avant les accidents actuels. Il n'est soumis à aucun traitement, et pendant les premiers jours le calme se maintient.

Mais le 12, on trouve le malade très agité. Il a eu la veille

de la fièvre et un peu de délire; il s'est levé et a couru dans la salle sans savoir ce qu'il faisait. (Faisons remarquer que cela est en contradiction avec l'existence de l'hémiplégie droite que le malade accuse; car si celle-ci avait existé, il n'aurait pu marcher comme il le faisait le 11). On a dû attacher le malade dans son lit au moyen de la camisole. Les évacuations ont été involontaires.

Dans la matinée du 12, on trouve Michel avec la face rouge et animée, l'œil brillant, la parole brève et saccadée; il ne répond que par monosyllabes. Le pouls est large et résistant; il ne bat que 70 fois par minute, et la pulsation en est fort lente. La sensibilité générale est un peu obtuse; et surtout lente à se manifester, c'est-à-dire qu'il s'écoule un intervalle assez long entre le moment où l'on touche le malade et celui où il perçoit la sensation. Evacuations involontaires. Prescriptions: saignée de trois palettes; huile de ricin 15 grammes; cataplasmes sinapisés promenés sur les membres. Le sang de la saignée, quoique ayant bien coulé, n'est pas devenu couenneux; il y a eu trois évacuations involontaires très abondantes.

Le soir, le malade est devenu calme, et il a repris l'apparence qu'il avait les jours précédents, si ce n'est qu'il est moins intelligent. Il est, du reste, tout-à-fait étranger aux personnes et aux choses qui l'entourent.

Le 13 et 14, même état. Il n'y a pas d'amélioration. Les évacuations alvines étant suspendues, on permet 2 verres d'eau de Sedlitz, dont on continue régulièrement l'emploi tous les jours.

Le 15, retour de quelques accidents aigus. On s'assure que le malade n'a aucune complication inflammatoire du côté du poulmon, des reins ou de la vessie. Saignée de deux palettes; vésicatoire à la nuque.

Dans la journée et dans la nuit, le malade a été très agité par le vésicatoire. Le sang de la saignée n'est nullement couenneux; le caillot en est très large et très mou.

Le 16, amélioration légère. L'eau de Sedlitz est remplacée par le calomel, à la dose de 0,30 grammes.

Le 17, 3 évacuations alvines. Il y a un peu d'amélioration depuis le jour de l'entrée du malade. Les forces en effet sont un peu revénues; la position assise peut être prise et conservée; mais pourtant la marche est impossible. Il n'y a point de paralysie musculaire du côté droit. La main droite est, il est vrai, plus maigre et un peu plus faible que la gauche; mais cela existe depuis longues années et dépend d'une blessure que Michel porte à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras, et qui paraît avoir intéressé les tendons de cette région. On continue le calomel.

Le 18, même état. Calomel 0,30.

Jusqu'au 28 février, on continue alternativement le calomel et l'eau de Sedlitz, qui produisent des évacuations régulières, assez abondantes, mais peu nombreuses, deux ou trois par jour au plus, et involontaires; et le malade s'en trouve bien. Il n'y a dans son état ni amélioration ni aggravation; le malade continue à parler et à répondre plus facilement que dans les premiers jours, et il remue les membres sans trop de difficultés.

Mais le 28, l'eau de Sedlitz qui, jusqu'alors avait été administrée régulièrement, n'ayant pas été donnée, par oubli, le malade cesse d'avoir des évacuations, et dès le soir, on le trouve beaucoup plus mal que les jours précédents. Est-ce l'effet de la suspension du purgatif? on l'ignore. Ce qui est certain, c'est que dès le soir, il n'y avait presque plus d'intelligence, et déjà de la contracture des bras des deux côtés. C'était la première fois que ce phénomène était observé. Le malade était tombé dans une somnolence voisine du coma; il y avait lenteur extrême des perceptions; le malade parlait à peine. Les membres inférieurs n'étaient pas affectés de contracture comme les membres supérieurs. La face est un peu déviée à gauche. Pas de fièvre. L'usage du calomel est repris. On entretient le vésicatoire de la nuque.

Le 2 mars, même état. Paralysie commençante du pharynx et de l'œsophage; le malade ne peut plus avaler, ou que très difficilement les boissons et le bouillon. Chaque gorgée de liquide produit une toux très vive, comme si une partie du liquide passait dans le larynx. Immobilité complète. Contracture beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite. Face déviée à droite aujourd'hui, c'est-à-dire du côté opposé à celui où elle était dirigée. Le 28 février.

Mêmes phénomènes jusqu'au 5 mars, jour où on applique un large vésicatoire à une cuisse.

Dès le soir même, Michel est tombé dans le coma; il ne répond plus, la respiration est stertoreuse; la peau chaude, couverte d'une sueur des plus abondantes; le pouls large, dur et vibrant, bat 80 fois par minute. Il n'y a plus que très peu de contracture au bras gauche. Le bras droit n'en a plus, et les jambes n'ont jamais été affectées.

On ne peut, à cause de l'immobilité du malade et de l'absence complète des mouvements volontaires, l'asseoir dans son lit pour ausculter la poitrine vers laquelle on soupçonne quelque complication inflammatoire, en raison des accidents aigus qui viennent de se développer si rapidement.

Le 7, résolution générale. Coma profond. Le pouls se conserve assez fort et fréquent. Sueur profuse sur toute la surface du corps.

Mort dans la journée.

Autopsie le 9 mars. 30 heures après la mort.

Rigidité cadavérique assez prononcée. L'habitude extérieure du cadavre n'offre rien de particulier à noter.

Tête. Au moment où l'on enlève la voûte du crâne, on s'aperçoit que la dure-mère y adhère d'une manière très intime, principalement du côté gauche; si l'on avait exercé des tractions trop violentes, on aurait enlevé tout à la fois les membranes et le cerveau lui-même, comme cela arrive

quelquefois chez les vieillards. La plus grande partie de la dure-mère de la convexité reste attachée à la face interne du pariétal du côté gauche. Cette union n'a, du reste, rien de morbide.

La dure-mère déchirée ainsi du côté droit, laisse écouler une grande quantité d'une sérosité rougeâtre, contenue dans la cavité de l'arachnoïde, et qui a été évaluée à 125 grammes environ, quoiqu'on n'ait pas pu la recueillir.

Le cerveau, examiné sur place, offre une insymétrie très prononcée. La face externe de l'hémisphère est creusée d'une large dépression à sa partie moyenne; c'est l'effet du liquide dont nous venons de parler, qui, retenu en dehors par les os du crâne, a exercé toute son action sur la substance si molle de l'encéphale. Du reste, il n'y a pas de déviation de la face du cerveau; toute la compression a donc porté sur l'hémisphère droit et nullement sur celui du côté gauche.

Toute la surface interne de la dure-mère, du côté où existe l'épanchement, est tapissée par des caillots sanguins, aplatis sous forme de membranes, à lames distinctes et superposées, comme les couches fibrineuses concentriques des tumeurs anévrysmales. Ces caillots cessent d'exister au niveau de la tente du cervelet; mais ils se prolongent en arrière et en haut, jusqu'à la grande faux cérébrale; en avant, ils ne sont nullement limités. Ces caillots formaient la partie solide du sang dont le sérum n'était autre que la sérosité sanguinolente trouvée dans la cavité de l'arachnoïde et qui les baignait. Comme celle-ci, ils sont contenus dans la cavité de l'arachnoïde dont on retrouve très évidemment le feuillet pariétal sous leur couche profonde. L'épanchement n'a donc pas eu lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Nous avons vainement cherché un kyste enveloppant tout l'épanchement sanguin. Sur la face interne de la dure-mère, il est vrai, les caillots profonds sont minces, membraneux, et se détachent de la dure-mère, par larges lambeaux très

résistants; mais ces lambeaux ne sont point des fausses membranes; ce sont uniquement des caillots encore colorés par des globules sanguins; ils ne se prolongent pas en membranes continues, car l'on ne trouve sur la voûte orbitaire que des caillots de consistance de gelée de groseille, isolés les uns des autres et nullement membraneux. Quant à l'arachnoïde viscérale, elle n'a qu'une simple coloration rouge; elle n'est recouverte ni de caillots, ni de fausses membranes. Cette membrane s'est détachée du cerveau avec la plus grande facilité, et comparée à celle du côté opposé, elle n'a présenté ni augmentation de consistance, ni augmentation d'épaisseur.

La substance cérébrale, dans ses parties les plus extérieures, n'est le siège d'aucune lésion. Il n'y a point de ramollissement de la substance grise qui ne s'est point laissé déchirer par l'avulsion des membranes; les circonvolutions sont partout intactes. Les parties blanches centrales sont légèrement piquetées de rouge. Jusqu'au centre ovale, l'organe est sain; mais au dessous de ce point, chaque hémisphère présente un foyer hémorrhagique.

Le foyer du côté droit, qui est le plus étendu, et qui a deux centimètres de longueur sur 5 millimètres de largeur, occupe la partie la plus externe du corps strié droit. Ce foyer se compose de cinq ou six petites cavités bien distinctes, et séparées les unes des autres par de la substance cérébrale saine. Chaque petite loge a sa surface intérieure d'un rouge-brun, tandis que les parois de la substance cérébrale intermédiaire aux foyers, sont infiltrées d'un sang très rouge. Il n'y a plus de caillots sanguins isolés dans les foyers. Nul ramollissement de la pulpe nerveuse autour de ceux-ci; il n'y en a pas plus dans les points où la substance cérébrale est colorée par le sang, que dans ceux où elle ne l'est pas. Ce foyer paraît avoir été celui d'une apoplexie capillaire dans lequel le sang a déjà été absorbé, ou plutôt dans lequel le sang a disparu en s'infiltrant dans la pulpe cérébrale, comme

tendraient à le prouver la couleur rouge foncée de cette substance dans une assez grande profondeur, et l'absence, à la face interne du foyer, de fausse membrane, ce qui aura favorisé l'imbibition du liquide dans la substance qui l'environnait.

La même lésion existe du côté gauche, mais dans une plus petite étendue. Celle-ci, placée un peu au-dessus du corps strié, occupe l'épaisseur du corps calleux.

Je reviens sur le fait de la consistance, qu'il est important de bien établir, et j'ajoute que la substance cérébrale est très ferme au niveau de ces foyers. Le filet d'eau ne l'attaque nullement. Il soulève seulement quelques flocons à la surface interne des petites cavités que j'ai indiquées.

Le reste de la substance cérébrale est très ferme. La face inférieure de la voûte à trois piliers est seule ramollie.

Les ventricules sont sains, et ne contiennent que quelques gouttes de liquide.

Le liquide sous-arachnoïdien très normal, en petite quantité, n'est nullement coloré en rouge.

Les veines du corps strié et de Galien sont très saines. Les plexus choroïdes et la toile choroïdienne sont sans rougeur ni trace de congestion sanguine.

Toutes les artères du cerveau sont ossifiées.

Les deux foyers apoplectiques sont l'un et l'autre très voisins du fond de la scissure de Sylvius, dans laquelle rampe l'artère cérébrale moyenne, d'un très fort calibre et complètement ossifiée. L'on voit les branches qui en naissent pénétrer perpendiculairement dans la substance cérébrale, et après un court trajet, à droite surtout, se perdre dans le foyer apoplectique. Jusqu'à quel point ces artérioles, qui peuvent participer à la lésion du tronc d'où elles naissent, ont-elles pu contribuer à produire les deux hémorrhagies cérébrales?

Une dernière lésion existe dans la cavité crânienne. C'est une tumeur située à la base du crâne, immédiatement en arrière de l'apophyse crista-galli, et très exactement sur la

ligne médiane. Du volume d'une noisette, haute de 1 centimètre, large de 2 et longue de 3, un peu étranglée à sa base, elle a une surface régulièrement arrondie, mais chagrinée et à grains très fins; elle ne paraît pas être recouverte par la dure-mère, quoique cependant à la base de la tumeur, cette membrane semble remonter sur elle pour la recouvrir. D'un gris rosé, cette tumeur ne tarde pas à passer à un rouge vif, au contact de l'air. Sa consistance est celle du tissu fibreux. A l'intérieur, elle a l'aspect de la substance encéphaloïde dans la période qui précède le ramollissement; elle a une couleur grisâtre, une structure fibreuse et rayonnée dont on exprime du suc cancéreux. L'examen microscopique a fait reconnaître dans ce suc les globules du cancer. Après avoir fendu la tumeur, on constate d'une manière non douteuse, que la dure-mère se dédoublait en deux feuillets, pour la contenir; le feuillet inférieur est le mieux conservé. Il n'y a pas d'adhérence de la tumeur avec les os de la base du crâne. Il n'y a pas d'autre fungus de la dure-mère; il n'y en a pas non plus dans les fosses nasales.

Thorax. Le cœur est dilaté; aussi large transversalement que long de la base à la pointe. Le ventricule gauche est plus grand que celui du côté droit, et la pointe lui appartient entièrement. Du reste, on ne peut pas dire qu'il y ait hypertrophie; car le volume de l'organe n'est pas considérable, et il n'y a pas épaississement des parois. Tous les orifices sont sains; aucun n'est rétréci; les valvules les oblitérent tous très bien; il n'y a que les valvules, et l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui soient un peu cartilagineuses à leur bord libre; mais pourtant elles sont très mobiles. L'aorte est saine sans dilatation ni rétrécissement. Nulle part elle n'est encroûtée de plaques calcaires ou cartilagineuses. Artère pulmonaire saine.

Le poumon gauche est sain.

Le poumon droit, dans tout son tiers inférieur, est à l'état d'hépatisation grise. Cet organe contient, en outre, dans sa

base deux ou trois petits noyaux calcaires à couches concentriques, comme sont les phlébolithes, et qui n'ont aucun caractère tuberculeux.

Fièvres saines.

Abdomen. Pas de sérosité dans la cavité péritonéale. Le foie d'un petit volume, ratatiné, ne présente rien de remarquable.

La vésicule biliaire, grosse comme le poing d'un adulte, est aplatie, dilatée transversalement, et n'a plus ni fond ni collet bien distincts. Elle contient un verre environ de bile foncée, et une vingtaine de calculs biliaires volumineux, à facettes, d'une couleur blanche, cireuse, formés de couches concentriques; ils sont très probablement composés de cholestérine; car ils sont d'une grande légèreté. La dilatation très considérable de la vésicule tient peut-être à un obstacle à l'excrétion de la bile, qui aura existé, à une époque quelconque, dans le canal cystique; car les canaux cholédoque et hépatique ne sont point dilatés; toutefois, en ouvrant tous ces conduits, on ne trouve plus maintenant d'apparence ni de traces d'obstacle; on a pu, du reste, par la simple pression, faire refluer la bile de la vésicule dans l'intestin.

L'estomac et l'intestin sont sains.

La vessie ne contient qu'une petite quantité d'urine non albumineuse.

Le rein gauche est dans l'état normal. Le rein droit renferme des artères ossifiées, et contient deux pelotons graisseux du volume d'une noix chacun.

On ne trouve de tubercules ni de cancer dans aucun organe.

Le malade dont nous venons de rapporter l'observation n'a succombé ni aux progrès ni au nombre des lésions cérébrales dont il était affecté, mais à une maladie intercurrente, à une pneumonie au troisième degré. Nous ne nous arrêtons pas sur ce sujet, qui n'a pas trait d'une manière

directe aux phénomènes principaux de la maladie ; nous ne rechercherons pas si la pneumonie doit être attribuée à l'immobilité et à un décubitus horizontal longtemps prolongé, quoique nous ne voyons pas la possibilité de lui reconnaître d'autre cause, chez un vieillard qui n'était soumis à aucune influence atmosphérique fâcheuse. Nous nous bornerons à faire observer qu'aucun phénomène, autre que la fièvre, n'en a révélé l'existence, et que la pneumonie a dû même exister plusieurs jours déjà avant le développement de celle-ci ; puisque le poumon était déjà hépatisé, et que la fièvre ne s'est montrée que trois jours avant la mort. Ce fait serait un motif de plus pour nous faire considérer cette pneumonie comme réellement *hypostatique*, si nous tenions à établir le fait d'une manière positive. Mais nous ne nous arrêterons pas devantage sur ces considérations, pour nous occuper uniquement des lésions cérébrales, les plus curieuses, parmi le grand nombre de celles que présentait le malade.

Michel avait une tumeur cancéreuse de la base du crâne, une hémorrhagie méningée et une double hémorrhagie cérébrale ; lésions multiples que nous étudierons sous divers points de vue. Nous suivrons, dans l'exposé des considérations auxquelles elles donnent lieu, l'ordre que nous allons indiquer : 1° Nous présenterons d'abord quelques remarques sur chaque lésion ; 2° puis nous tâcherons d'indiquer la date de leur développement ; 3° nous rapprocherons de ces lésions les symptômes qui leur appartiennent ; 4° puis enfin nous rechercherons leurs causes et les rapports que ces lésions peuvent avoir entre elles ; l'influence qu'elles peuvent avoir eue l'une sur l'autre, et le lien qui les unit.

1° La nature de chacune des lésions que nous avons énumérées ne peut être contestée.

La tumeur de la base du crâne était bien un cancer, un fungus de la dure-mère. Son siège mérite de fixer l'attention, car il est moins commun de trouver des tumeurs de ce genre à la base qu'à la voûte du crâne. Ce fungus méritait mieux

que beaucoup d'autres tumeurs crâniennes, le nom de *fungus de la dure-mère*, puisqu'il existait réellement dans un dédoublement de cette membrane, et qu'il n'adhérait ni aux os, ni au cerveau, parties sur lesquelles il n'avait exercé aucune action. Ce fait, s'il n'en existait pas d'autres analogues, pourrait parfaitement servir à confirmer l'opinion de Louis, qui plaçait dans la dure-mère, à peu près exclusivement le point de départ de ces tumeurs. Sans doute, comme on l'a démontré depuis ce chirurgien, beaucoup de tumeurs dites fongueuses de la dure-mère n'ont pas primitivement dans cette membrane leur point de départ; elles prennent souvent naissance dans les os ou même à l'extérieur du crâne, dans lequel elles pénètrent plus tard, pour contracter des adhérences avec la dure-mère. Mais cela n'est pas aussi constant que quelques chirurgiens ont bien voulu le dire. L'opinion de Louis a du vrai, et notre observation vient la confirmer.

L'hémorrhagie méningée ne nous occupera pas, sous le point de vue anatomique. La seule chose que nous veuillons faire remarquer, c'est que, malgré le soin que nous avons mis à le chercher, nous n'avons pu trouver le kyste qui d'habitude isole les épanchements de cette nature qui se font dans la cavité de l'arachnoïde. Si l'on peut, à la rigueur, considérer, comme faisant partie d'un kyste, les caillots membranoux les plus rapprochés de la dure-mère, on n'a plus la même ressource à invoquer pour la paroi interne du kyste, puisque sur l'arachnoïde viscérale, il n'y avait ni caillots sanguins, ni fausses membranes de nouvelle formation. Enfin, les membranes cérébrales n'étaient ni épaissies, ni friables; elles n'étaient point devenues opaques, mais s'étaient un peu teintes en rouge. Peut-être ce kyste se serait-il formé ou complété plus tard, quoiqu'un temps assez long se fût déjà, à notre avis, écoulé depuis la formation de l'hémorrhagie méningée; le malade, en effet, nous paraît en avoir été affecté depuis plus d'un mois.

Quant aux lésions cérébrales, elles nous offrent, à n'en pas douter, les caractères des hémorrhagies cérébrales, sous la forme, rare il est vrai, désignée par M. Cruveilhier, sous le nom d'apoplexie capillaire. Nous ne doutons pas que quelques médecins n'y voient un effort hémorrhagique avorté. Du reste, nous ne trouvons dans les foyers aucune trace d'encéphalite.

2° Quelle est l'époque de l'apparition de chacune de ces diverses lésions? Cette question, qui n'a rien d'embarrassant relativement à la tumeur de la base du crâne, laquelle a dû nécessairement précéder de longtemps les hémorrhagies, cette question, disons-nous, est au contraire d'une solution très difficile relativement aux hémorrhagies méningées et cérébrales. L'hémorrhagie méningée, en raison de ses caractères anatomiques, nous paraît être antérieure à celles du cerveau. Ces dernières ne sont guère survenues que huit ou dix jours avant la mort, à l'époque où l'on a observé la contracture et le coma. Les caractères de formation récente des foyers, la rougeur encore vive et produite par imbibition de la substance cérébrale qui n'est point ramollie, l'absence de fausses membranes et de tout travail réparateur, sont les raisons qui nous font croire ces foyers de formation très rapprochés de l'époque de la mort. Les caractères de l'hémorrhagie méningée, au contraire, sont certainement ceux d'une lésion qui date déjà de longtemps, et ce n'est pas trop que de la faire remonter à plus d'un mois, époque présumée des premiers accidents. — Enfin nous ajouterons que les deux foyers nous paraissent être de même âge, c'est-à-dire s'être développés ensemble.

3° Ces présomptions tirées de l'anatomie pathologique deviennent des certitudes quand nous rapprochons les symptômes des lésions.

Avant son entrée à l'hôpital, Michel ressentait depuis trois mois une faiblesse dans tout le côté droit du corps, et particulièrement dans le bras. Nous avons douté de ce fait pen-

dant la vie ; nous en doutons encore davantage après l'autopsie faite : aucune lésion, en effet, ne pourrait rendre compte de cette hémiplegie ; car si l'on supposait qu'elle pût tenir au foyer situé dans l'hémisphère gauche du cerveau, nous demanderions pourquoi il n'y avait pas d'hémiplegie gauche, puisqu'il y avait à droite un foyer bien plus considérable que l'autre, et aussi ancien que lui. Ne pourrait-on pas supposer, avec assez de vraisemblance, que le bras droit du malade, blessé et faible depuis longtemps, s'est trouvé plus faible encore que de coutume, alors qu'un affaiblissement général, précurseur de toutes les lésions cérébrales, s'est manifesté dans l'économie ; effet que le malade aura pris pour de la paralysie. On ne peut, je crois, expliquer ce fait d'une autre manière.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, et depuis une époque que l'on n'a pu connaître, Michel était dans un état de résolution générale sans paralysie. Les mouvements étaient encore assez précis, égaux des deux côtés, mais faibles ; l'intelligence était à peine conservée. Il nous sembla voir dans ces phénomènes les caractères d'une hémorrhagie en nappe à la surface du cerveau ; c'est dans ce sens que le diagnostic a été porté pendant la vie, ce qui est confirmé à l'autopsie. Ces phénomènes de compression indiquaient donc que l'hémorrhagie méningée existait déjà à l'époque de l'entrée ; tandis que l'absence de phénomènes paralytiques doit faire croire qu'il n'existait pas encore d'hémorrhagie cérébrale.

Quelques jours après son entrée, Michel est pris d'accidents aigus fébriles, et de délire. Était-ce le résultat d'une méningite, et de la formation d'un kyste, autour du sang épanché ? Nullement ; l'autopsie l'a démontré. Fallait-il croire que le sang épanché s'était mélangé au liquide céphalo-rachidien, et avait provoqué à une distance plus ou moins grande, l'inflammation des méninges, comme l'a observé M. Prus ? Pas davantage. L'on sait en effet que le médecin dont je parle, n'a observé d'accidents fébriles que dans les hémor-

rhagies sous-arachnoïdiennes, cas dans lesquels le sang se mélange directement au liquide céphalo-rachidien ; et qu'il n'en a pas vu dans les autres hémorrhagies méningiennes. Or, notre cas n'est pas celui dont M. Prus a donné la description ; nous devons donc chercher dans une autre circonstance la cause de la fièvre. Pourquoi ne la trouverions-nous pas dans les lésions cérébrales qui se préparaient, sans être cependant encore développées ? Du reste, les accidents aigus dont nous parlons ont peut-être été tout-à-fait étrangers aux lésions cérébrales ; il en existait assez d'autres dans le reste du corps pour en motiver l'apparition.

A cette série de symptômes viennent s'ajouter peu de jours avant la mort la contracture des deux côtés du corps, et le coma. Nous ne pouvons nous refuser à croire que ces accidents aient accompagné le développement des deux hémorrhagies cérébrales, et en ont été les effets. Sans doute la contracture n'appartient pas d'habitude aux hémorrhagies cérébrales. Mais dans le cas actuel, à quoi pourrait-on la rapporter ? à l'hémorragie méningée ? Mais pourquoi la contracture était-elle double quand l'hémorragie n'existait que d'un seul côté ? Pourquoi d'un autre côté attribuer à l'hémorragie méningée un symptôme, la contracture, qui dans l'immense majorité des cas ne lui appartient pas. Enfin le coma survenant en même temps que la contracture, témoigne un développement à cette époque d'une nouvelle lésion qui ne peut être que l'hémorragie cérébrale.

Est-il nécessaire d'ajouter que la tumeur cancéreuse n'a par elle-même produit aucun accident de compression ? Son petit volume, l'absence de dépression de toute lésion dans le point du cerveau qu'elle touchait, ne nous laissent aucun doute à cet égard.

4° J'arrive maintenant aux causes de ces lésions diverses. Ces différentes lésions du cerveau sont-elles indépendantes les unes des autres, ou bien liées entre elles ? Telle est la question qui devrait nous intéresser plus vivement que toutes

les autres, si elle n'était en même temps la plus difficile à résoudre? Aussi ne nous sera-t-il possible de dire que quelques mots à ce sujet. Le malade qui nous occupe était évidemment sous l'influence de la diathèse cancéreuse, et cela antérieurement à l'époque où se firent les hémorrhagies cérébrales ou méningées. Ne pourrait-on pas rapporter ces dernières à la cause cancéreuse? Ne pourrait-on pas, et cette opinion a été avancée par M. Cruveilhier, et par M. Barth, ne pourrait-on pas supposer que des lésions cancéreuses du cerveau, que de petites masses encéphaloïdes développées dans les points où nous avons trouvé les foyers hémorrhagiques, ont été la cause de la formation de ceux-ci, par suite du ramollissement qu'elles ont pu subir! A la vérité, l'on n'a point trouvé de tissu cancéreux dans les foyers hémorrhagiques, non plus que sur les autres points du cerveau; on n'en a pas trouvé davantage dans les méninges; aucune trace de lésion ancienne n'existait dans ce point, à moins que les désordres récents n'en aient fait disparaître les vestiges. Si cette opinion ne peut être soutenue, faut-il, au contraire, trouver dans l'ossification des artères cérébrales, la cause de l'hémorrhagie méningée et de celles du cerveau. Cette manière de voir a pour elle quelques probabilités, si l'on songe combien les foyers hémorrhagiques situés à peu de distance du fond de la scissure de Sylvius, étaient rapprochés de l'artère cérébrale moyenne ossifiée, et si l'on se rappelle combien, dans cet état, les artères se déchirent facilement. Nous avouons qu'il nous serait difficile de nous prononcer pour une opinion plutôt que pour l'autre; nous croyons cependant qu'entre toutes ces lésions cérébrales, il existe un lien, quoique nous ne puissions le découvrir.

BULLETIN N° 8 (Août 1846).

RÉDIGÉ

PAR MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER,
DÉBORMEUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUJNET, RICHARD, THIBAUT ET
A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Purpura; fièvre éruptive. Pustules sur la muqueuse de l'estomac? Développement des follicules. — 2. Polype fibreux de la caisse du tympan, faisant saillie dans le conduit auditif externe. — 3. Tumeurs ganglionnaires que les caractères extérieurs démontreraient cancéreuse, et que le microscope prouvé ne renfermer ni cancer, ni tubercule. — 4. Cancer du médiastin. — 5. Granulations graisseuses du foie, ressemblant à de la cirrhose chez un enfant tuberculeux. — 6. Tumeur de la joue; cancer? Hypertrophie glandulaire? de la nature et de l'origine du cancer. — 7. Tumeur fibreuse de la joue, chez un enfant nouveau-né. — 8. Conicité notable des ongles. — 9. Ulcères du larynx; origine syphilitique? — 10. Emphysème interlobulaire sous-pleural, considérable; des modes de production de l'emphysème. — 11. Dilatation notable des lymphatiques d'une vésicule biliaire remplie de sérosité, par suite de l'oblitération du col par un calcul biliaire.
- B. *Hernie diaphragmatique à droite avec sac.*
- C. *Hernie diaphragmatique du colon transverse avec sac.*
- D. *Apoplexie méningée suivie de la formation d'un kyste.*
- E. *Fracture du rachis.*
- F. *Cancer et tubercules du poulmon; cancer des parois thoraciques.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. *Hérard* montre l'estomac d'une jeune fille âgée de 5 ans, morte avant hier dans le service de M. Guersent, à l'hôpital des Enfants. Elle était entrée 5 jours auparavant pour quelques accidents légers en apparence, un prurigo ancien et général, et une fièvre que rien n'expliquait. Puis est survenu un purpura général,

avec tendance à l'hémorragie sur toutes les surfaces, peau et muqueuses ; du mélena, des épistaxis se sont manifestés, et sur la peau, entre autres particularités, toutes les papules de prurigo se sont couvertes de points noirâtres. L'enfant a été prise de courbature très forte, avec maux de reins et vomissements violents ; le lendemain de cette apparition de phénomènes généraux, se sont montrées à la peau de petites taches qu'on a voulu prendre pour de la variole ; mais bien des personnes qui ont vu la malade n'ont rien constaté de pareil. En un jour, cette éruption de nature douteuse a disparu, et l'enfant est morte à la suite d'une hémorragie par le rectum. — A l'autopsie, la muqueuse intestinale est d'un rouge noir foncé, et la cavité de l'intestin est remplie de sang. L'estomac est parsemé à sa face interne de petites taches rouges ou noirâtres, de 0,05 environ, plus ou moins, de diamètre, arrondies, et manifestement saillantes au-dessus du niveau de la muqueuse ; au centre de quelques-unes de ces taches, on aperçoit une petite masse arrondie, d'un blanc jaunâtre, du volume d'un petit grain de millet. Rien de pareil n'existe dans l'intestin ni dans l'œsophage. — M. Guersent père et d'autres personnes ont voulu considérer comme des pustules varioliques les plaques de la muqueuse de l'estomac. M. Hérard n'en est pas du tout convaincu ; car il ne sait pas si l'enfant a vraiment eu la variole ; ce qu'elle a eu pourrait aussi bien être dû à des papules de prurigo devenues un peu pustuleuses au sommet. Cependant il semble à M. Hérard qu'il y a autre chose dans ces plaques que de simples ecchymoses.

M. Barth pense que la question peut être assez bien résolue en s'aidant de l'analogie. On ne voit les pustules varioliques se développer que sur les muqueuses pourvues d'un épithélium manifeste, non pas au microscope, mais à la simple vue ; ainsi elles apparaissent sur les muqueuses de la bouche, du pharynx et du larynx même. Mais, à mesure que l'épithélium devient moins manifeste, les pustules sont aussi moins manifestes, et alors on trouve des taches d'abord limitées, et puis de plus en plus larges, de moins en moins circonscrites, qui ont même quelquefois une coloration blanchâtre. — Même en ne tenant pas compte de ces résultats, M. Barth a cherché plusieurs fois des pustules varioliques sur la muqueuse de l'estomac et des intestins, et jamais il n'en a vu. Ce que les auteurs ont signalé sous le nom de pustules, surtout dans le gros in-

testin, sont tout simplement des follicules développés. Cette cause d'erreur est assez fréquente ; dans une autopsie de suette miliaire, on avait cru que l'éruption s'était étendue à l'intestin, et la relation de l'autopsie était ainsi dictée, lorsque M. Barth survint et rectifia l'erreur, en montrant qu'il s'agissait de follicules et non d'éruption. — Au moyen de ces données, si on examine la pièce de M. Hérard, peut-on déterminer si les taches sont ou ne sont pas varioliques ? Il n'y a point d'épithélium évident sur l'estomac ; *à priori*, il ne doit donc pas s'y développer des pustules varioliques. M. Barth n'a jamais trouvé dans ce lieu des pustules. De plus, ces taches de l'estomac que présente M. Hérard ne ressemblent pas aux pustules qui se développent sur les muqueuses placées près des orifices. D'après tout cela, M. Barth pense que ces taches sont des ecchymoses, et son avis est partagé par la plupart des membres.

2. M. Gogué présente plusieurs pièces provenant d'un jeune homme scrofuleux, âgé de 26 ans, mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lugol. Ces pièces sont relatives à un polype de la caisse du tympan et à des tumeurs considérables du cou et du médiastin.

A l'âge d'un an, le malade avait été pris d'une otorrhée chronique abondante par le conduit auditif droit. Plus tard, vers l'âge de 10 ans, on s'aperçut que par ce conduit sortait un polype qui a persisté depuis, et qu'on n'a pas traité. Tous les ans, à la même époque, pendant un mois et demi environ, le polype qui paraissait avoir deux embranchements, devenait plus volumineux ; l'ouïe se perdait, et l'extrémité du polype devenue saillante au dehors, tombait en putrilage. Au bout de six semaines, tout rentrait dans l'ordre, et malgré la présence persistante du polype, le malade entendait très bien de l'oreille droite. Cette série de phénomènes a pu être observée à l'hôpital, car elle s'y est présentée pendant le séjour du malade. On a pu constater de plus, que la membrane du tympan était détruite, parce qu'un stylet introduit le long du polype pénétrait à une grande profondeur. — A l'autopsie de l'individu, on a trouvé que le polype avait trois branches par son extrémité libre, les deux qu'on voyait pendant la vie, et une troisième, du volume d'un pois, cachée dans la partie supérieure du conduit auditif. A l'une des branches est suspendue une sorte de putrilage qui n'est que l'extrémité même du polype non encore tombée. Il n'y a

pas de membrane du tympan, ni d'osselets, sauf la base de l'étrier qui ferme bien, comme à l'état normal, la fenêtre ovale. La fenêtre ronde est intacte; tout le reste est sain dans la caisse, sauf que le polype vient par sa base, s'implanter sur le promontoire. La structure en est fibreuse; la coloration est légèrement rougeâtre. La trompe d'Eustache est libre; le nerf facial est intact. — M. Gogué ne trouve pas dans les auteurs de description de pièce analogue; mais M. Deville fait observer que des faits de ce genre ont déjà été cités, et qu'une pièce, entre autres, a été présentée à la Société anatomique, il y a deux ou trois ans.

3. Le même malade avait vu survenir sur la partie latérale du cou, de chaque côté, une petite grosseur mobile ou plutôt roulante; mais ces tumeurs n'avaient pas changé jusqu'à cette année; car elles n'avaient chacune que le volume d'une noisette. En quelques jours, elles ont acquis un volume tel qu'elles égalaient la grosseur du poing, et en deux mois, elles ont pris encore un développement plus remarquable. A l'autopsie, on les trouve remplissant les régions sus-claviculaires et descendant dans le médiastin antérieur qu'elles remplissent. Elles forment des masses irrégulièrement sphéroïdes dont le tissu, à la coupe, ressemble à celui de l'encéphaloïde: même teinte grisâtre, semi-transparente, même consistance molle et même vascularité; dans quelques points, le tissu ressemble assez à du squirrhe. Au centre des masses, on trouve tout-à-fait entourés de tissus en apparence dégénérés, des sphéroïdes de 1 à 3 centimètres de diamètre, d'un jaune assez tranché, mollasses, s'écrasant comme une pâte à demi-sèche sous le doigt, et ressemblant beaucoup à du tubercule cru. M. Gogué pense, malgré l'aspect assez tranché de ces tumeurs, qu'elles sont constituées par de simples ganglions hypertrophiés. Sur le diaphragme et plusieurs viscères abdominaux se voient des plaques semi-grisâtres et transparentes, allongées, petites, que M. Lugol prétend être des tubercules. Dans le foie, on trouve des taches jaunâtres, comme infiltrées dans la substance du foie et ressemblant aux masses jaunâtres placées dans le centre des ganglions hypertrophiés. Pas de tubercules dans les poumons.

M. Deville rappelle combien les ganglions simplement hypertrophiés ressemblent à des tumeurs encéphaloïdes, ainsi que le professeur M. Nelaton; il est donc impossible de se prononcer de visu sur la

nature des tumeurs présentées par M. Gogué. Mais si l'on était obligé d'émettre actuellement une opinion, il faudrait, d'après l'ensemble des caractères, admettre que ces tumeurs sont encéphaloïdes, avec quelques masses tuberculeuses dans leur intérieur. Le microscope est donc tout-puissant dans le cas actuel pour trancher la question.—En effet, cette appréciation de la nature des tumeurs, fondée sur les caractères extérieurs qu'offre le tissu sur la surface de la coupe, est démontrée fautive par l'examen microscopique qu'a fait avec soin M. Désormeaux : les masses jaunâtres des tumeurs et du foie sont de simples amas graisseux, et dans le reste des tumeurs, on ne trouve traces ni de tubercules, ni de cancer.

4. A cette occasion, M. Deville cite un fait qu'il a observé cette année à l'hôpital du midi, dans le service de M. Ricord. Un homme de 32 ans, fort et bien constitué, est mort asphyxié par le fait du développement d'une tumeur cancéreuse énorme dans le médiastin intérieur. En six semaines, cette tumeur, dont rien n'avait annoncé la présence, s'était développée au point de comprimer la trachée et les gros vaisseaux thoraciques, et de produire la mort par asphyxie.

5. M. Hérard montre un morceau de foie pris sur un enfant scrofuleux âgé de 12 ans, qui est mort à l'hôpital des Enfants, ayant des tubercules cervicaux et axillaires, mais rien dans les poumons. Le foie, très volumineux, offre un aspect granitique dû au mélange de granulations rouges hypertrophiées, avec des granulations jaunâtres volumineuses, ressemblant si bien à de la cirrhose que sur l'examen de la pièce, plusieurs personnes ont admis l'existence de cette dernière altération. Cependant l'examen microscopique, fait par M. Desormeaux, a démontré absolument comme dans la pièce de M. Gogué, que cette substance jaunâtre est un amas de matières grasses.

6. M. Gogué montre une tumeur extirpée de la joue gauche d'un homme de 56 ans, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Jobert. Cet homme, d'une constitution robuste, avait aperçu, en se rasant, il y a deux années environ, une petite tumeur du volume d'un pois dans l'épaisseur de la joue. Cette tumeur a augmenté à peine pendant longtemps; mais depuis peu, elle était devenue rapidement volumineuse. Elle n'était pas douloureuse, soit spontanément, soit par la pression; elle restait mobile et libre d'adhérences avec la peau. Bien

qu'elle fût en rapport avec le canal de Sténon, elle n'avait occasionné aucun trouble du côté de la salivation. L'opération étant décidée, on a circonscrit un lambeau de peau, et on a extirpé d'abord une première tumeur qui se voyait à l'extérieur. De suite, on en a aperçu une seconde plus volumineuse, qui s'enfonçait sous l'os de la pommette, et qui adhérerait en un point de la muqueuse buccale, de telle sorte que celle-ci a été intéressée dans l'extirpation de cette seconde tumeur.

Il se présentait alors une difficulté pour la réunion ; car il était possible qu'en affrontant les lèvres de la plaie, les surfaces muqueuses se fussent mises en contact de manière à empêcher une réunion immédiate : M. Robert y a remédié en fixant deux sutures, une sur la muqueuse seulement, destinée à renverser les lèvres de la plaie de la muqueuse vers la muqueuse buccale et à les affronter par leur partie saignante, la seconde portant sur la peau. Bien que la glande parotide fût intacte et respectée, il y a eu le jour de l'opération une salivation très abondante qui a disparu le lendemain ; on apercevait un petit orifice béant ; mais on n'a pu décider s'il appartenait à un follicule ou à une perforation du canal de Sténon. Aujourd'hui, quatrième jour de l'opération, la plaie va très bien.

A l'examen des tumeurs qu'on croyait fibreuses, on les trouve cancéreuses. La plus volumineuse est un mélange de squirrhe et d'encéphaloïde ; la plus petite est de l'encéphaloïde pur. En examinant cette tumeur qui nous est présentée, on la trouve environnée par une coque fibreuse peu épaisse, et formée par des cloisons fibreuses, résistantes, criant sous le scalpel, circonscrivant des aréoles larges de quelques millimètres plus ou moins, desquelles on expulse par la pression une sorte de matière caséuse d'un blanc jaunâtre. De nombreux vaisseaux parcourent les cloisons.

M. Giraldès s'appuie sur la nature de cette matière caséuse qui semble sortir comme de canaux dilatés, pour nier que ce soit de l'encéphaloïde. Si l'on tient compte surtout de l'adhérence de la tumeur à un point limité de la muqueuse, on est porté à se demander si ce ne serait pas là une simple hypertrophie des glandes salivaires isolées, si communes sur la muqueuse buccale.

M. Barth constate d'abord très bien dans la tumeur des traînées fibreuses variées, et sous ce rapport, la tumeur est bien fibreuse. Mais il y a quelque chose de plus : par la pression, on fait sortir une

matière qui ne ressemble pas du tout au suc encéphaloïde, et qui ne s'écoule pas comme lui. Il est donc difficile de se prononcer sur la nature des éléments de cette tumeur. Néanmoins, comme il y a là beaucoup de vaisseaux, on pourrait admettre que c'est pour le moins une tumeur à la fois fibreuse et sanguine ou érectile; la présence de ce dernier élément expliquerait bien le développement rapide de la tumeur. Telle qu'elle est, la tumeur se rapproche assez du squirrhe par quelques-uns de ses éléments. C'est une tumeur fibreuse qui n'a pas encore dégénéré, mais qui aurait dégénéré plus tard par l'addition de substance cancéreuse dans ses mailles. M. Barth rappelle ici les considérations qu'il a émises déjà au sein de la Société, sur le cancer qu'il ne croit pas être une maladie unique. C'est une maladie *sui generis*, mais constituée par des éléments multiples qui peuvent être isolés, ou bien se combiner de diverses façons, dont la variété est cause précisément des difficultés qu'on éprouve à se prononcer sur la nature des tumeurs de ce genre.

M. Jousset ne croit pas qu'on puisse beaucoup hésiter sur la nature de la tumeur présentée par M. Gogué. Il croit qu'elle est cancéreuse d'abord et sans aucun doute; puis on peut la considérer comme étant de l'encéphaloïde, tout en reconnaissant que ce terme d'encéphaloïde a un certain vague qui ne permet pas une définition exacte. — Quant à la manière suivant laquelle M. Barth envisage le cancer en général, M. Jousset trouve que si la question pouvait être ainsi résolue, ce serait un grand avantage. Mais il ne croit pas cette solution bien facile à faire. Ainsi, pour M. Barth, une tumeur dégénère en cancer, lorsqu'il s'y ajoute de la substance cancéreuse; auparavant, ce pouvait être une tumeur purement fibreuse; puis, à mesure que s'interpose l'élément cancéreux, plus il en vient, et plus la tumeur est cancéreuse, d'où des différences dans le pronostic. Mais comment appeler alors des tumeurs toujours dures, élastiques, peu vasculaires dans leur profondeur, qui s'ulcèrent lentement à leur surface, et déterminent bientôt la cachexie? Ce sont là de vrais cancers.

M. Barth accepte aussi que des tumeurs de ce genre, toujours dures, ne laissant écouler aucun suc cancéreux, s'ulcérant néanmoins et produisant une altération des ganglions voisins, sont des cancers. Car les sucs cancéreux qui s'ajoutent à des tumeurs fibreuses au moment où celles-ci dégénèrent, sont souvent en si

grande quantité qu'ils se voient en abondance. D'autres fois, on les voit à peine ou seulement par la macération. Dans d'autres cas, on ne les trouve qu'au moyen du microscope, et même parfois on ne peut les retrouver.

M. Bonnet ne sait pas comment il pourrait s'y prendre pour démontrer à M. Giraudeau que les tumeurs présentées par M. Gogué ne sont pas parties des glandes salivaires; mais quand même elles seraient parties de là, il ne voit pas comment on pourrait, de ce siège spécial, induire la nature non cancéreuse des tumeurs dont certaines parties, pour M. Bonnet, sont évidemment cancéreuses.

M. Giraudeau persiste dans son opinion, à savoir que ces tumeurs sont de simples hypertrophies des glandes salivaires. Les raisons sur lesquelles il peut s'appuyer sont nombreuses. Ces tumeurs ont tous les caractères des tumeurs du sein dues à une hypertrophie des glandules mammaires, ainsi qu'il l'a développé dans une séance précédente; ces dernières aussi ont été diagnostiquées encéphaloïdes sur le vivant, et même après leur dissection; mais en les examinant au moyen de la macération, de l'injection et du microscope, on reconnaît très bien leur origine. L'adhérence limitée des tumeurs avec la muqueuse buccale démontre que le point de départ a bien été dans un des éléments de cette muqueuse; car une adhérence consécutive aussi restreinte n'aurait pas pu avoir lieu avec une tumeur aussi indolente que l'était celle du malade de M. Gogué. Le tissu des tumeurs actuelles n'est ni celui de l'encéphaloïde, ni celui du squirrhe; ni celui des tumeurs vraiment fibreuses dont les fibres concentriques ont un aspect caractéristique. C'est bien une de ces hypertrophies portant à la fois sur les éléments glandulaires, les canaux excréteurs et les tissus environnants.

7. M. Depaul se rappelle avoir extirpé, en 1859, dans le service de M. Dubois, à la Maternité, une tumeur toute semblable de la joue sur un enfant nouveau-né. Son volume était celui d'un petit dé à coudre ou du mamelon d'une femme. Son tissu était identique à celui de la tumeur de M. Gogué. On aurait pu croire qu'elle était cancéreuse; mais on s'arrêta, en général, à l'idée d'une tumeur fibreuse.

8. M. Mailliot conduit à la séance un concierge, âgé de 43 ans, dont les ongles sur les doigts sont extrêmement recourbés, de manière à offrir une convexité des plus notables, ce qui paraît dû à ce

qu'ils sont soulevés par une masse assez semblable à un kyste ; on trouve , en effet , sous chaque ongle une sorte de fluctuation ; mais plusieurs membres de la Société pensent qu'il y a seulement une accumulation de graisse. Les doigts de ce malade , qui a des douleurs dans toutes les articulations , ressemblent à ceux d'un individu atteint de rhumatisme chronique ; les articulations phalangiennes sont tuméfiées , et il paraît qu'il y a aussi des altérations chroniques dans les genoux. Le soulèvement et la courbure des ongles seraient survenus , il y a quatre ans , si l'on en croit les dires d'un médecin , après la disparition d'une vomique suivie pendant quelque temps de pneumorrhagie , surtout sous l'influence de la moindre émotion. — Aujourd'hui on ne constate rien à l'auscultation du cœur ; du côté du poumon , il y a une légère obscurité du son , à droite mais une respiration libre , quoique un peu faible. L'individu paraît , du reste , se porter très bien , à part ses rhumatismes.

9. M. Goblet présente des ulcérations du larynx. Cette pièce provient d'une femme entrée dans le service de M. Velpeau , il y a 8 à 9 mois , pour une fracture des malléoles avec issue des fragments , qu'il a fallu reséquer pour obtenir la réduction. Cette fracture était bien guérie , lorsque la malade a été prise d'accidents simulant un œdème de la glotte ; il y avait surtout une gêne extrême de l'inspiration. Peu de temps après que ces accidents ont disparu , la malade a été emportée par un érysipèle qui a débuté à la jambe , sur la cicatrice de la plaie , pendant que plusieurs érysipèles existaient dans les salles. — A l'autopsie , on trouve sur la face laryngienne de l'épiglotte , deux petits abcès gros comme de petits pois , dont l'un est prêt à percer la muqueuse. Sur le repli arythéno-épiglottique droit , se voit une ulcération irrégulièrement elliptique , petite , de 2 millimètres de largeur sur 4 à 5 de longueur , à fonds grisâtre , à bords décollés sans tuméfaction , et sans aucune autre altération anatomique autour. Les ligaments dans leur ensemble sont épaissis et un peu plus durs que dans l'état normal.

Comme quelques personnes supposent une origine syphilitique à ces altérations , M. Deville déclare que pour lui , elles n'ont rien de commun avec les ulcérations syphilitiques. Sans aucun autre renseignement , sur la seule inspection de la pièce , il croit ne pas trop s'avancer en se prononçant sur ce fait sans hésiter.

M. Depaul demande si , dans l'histoire de la malade , on a pu signa-

ler des antécédents syphilitiques. M. Goblet répond que l'on n'a pas interrogé la malade dans cette direction, mais que rien ne l'avait fait soupçonner.

M. Barth a étudié avec beaucoup de soin les altérations chroniques du larynx qui correspondent à ce qu'on appelle la phthisie laryngée, et il en a examiné les diverses espèces. Ainsi, en mettant de côté les cas rares consécutifs au croup, au cancer, etc., on trouve trois espèces principales de ces ulcérations. La plus commune, sans comparaison, est celle due à une altération tuberculeuse; vient ensuite celle due à la syphilis; quant aux ulcérations simples, elles sont fort rares. Les ulcérations tuberculeuses ont des caractères extrêmement tranchés; elles siègent plutôt à la partie inférieure du larynx, où elles occasionnent la destruction des cordes vocales; on ne peut donc pas accepter que les ulcérations du larynx présentées par M. Goblet soient tuberculeuses. Admettre que ce soient des ulcérations simples serait rentrer dans les exceptions si rares. M. Barth croit donc qu'il s'agit là d'ulcérations syphilitiques; l'épaississement des replis, la position des ulcères à la partie supérieure du larynx, et la coexistence de quelques brides sur les amygdales, sont au nombre des raisons qui portent M. Barth à adopter cette opinion.

M. Deville persiste dans sa manière de voir; il n'y a là rien qui ressemble aux ulcérations syphilitiques, dont il a eu occasion d'étudier un grand nombre, et dont il a présenté quelques cas à la Société. Le début par abcès sous-muqueux, l'irrégularité d'ulcères si petits et isolés, le décollement particulier des bords, surtout l'absence de l'auréole violacée, signe si constant même à l'autopsie, des ulcérations syphilitiques tertiaires, tout l'aspect, en un mot, diffère dans le cas actuel, des ulcères syphilitiques. Quelle est alors la nature de la lésion? Peu importe, mais, à coup sûr, elle n'est pas syphilitique.

M. Pigné adopte l'opinion émise par M. Barth, quoiqu'il manque ici quelques-uns des caractères ordinaires dans les ulcères syphilitiques tertiaires; une nouvelle raison qui vient à l'appui de cette opinion, est celle tirée de la disposition symétrique des altérations, dans la pièce présentée par M. Goblet. La symétrie est, selon M. Pigné, chose fort commune dans les accidents syphilitiques tertiaires.

10. M. Richard présente un emphysème interlobulaire trouvé

dans le poumon d'un asthmatique âgé de 63 ans, mort dans le service de M. Briquet, à Cochin, par suite d'une affection cérébrale. A la partie inférieure du poumon gauche, l'emphysème est extrêmement marqué, et soulève, dans plusieurs points, la plèvre au-dessus de son niveau normal, sous forme de tumeurs arrondies, dont la plus grosse a le volume d'un œuf de pigeon. Les kystes ainsi formés ont des parois minces et incolores, parcourues par des vaisseaux déliés. Cette pièce présente de remarquable le volume des tumeurs emphysemateuses.

A propos de cette pièce d'emphysème, M. Depaul raconte qu'il a essayé plusieurs fois de produire l'emphysème vésiculaire par l'insufflation, et qu'il n'a jamais pu y réussir; toujours il y a eu rupture.

M. Gabalda rappelle que M. Prus a tiré les mêmes conséquences d'expériences analogues. Mais il faut remarquer que ces procédés de distension brusque employés sur le cadavre ou sur les animaux n'ont aucune analogie avec le procédé employé par la nature pour produire l'emphysème pulmonaire.

M. Richard émet la même idée, à savoir que la nature a d'autres moyens pour produire les altérations que ceux à notre portée, ainsi qu'on en trouve encore un exemple dans les tumeurs anévrysmales.

11. M. Deville présente une vésicule du fiel trouvée sur une jeune scrofuleuse de 20 ans environ, dans les pavillons de Clamart. Le col de la vésicule est complètement oblitéré par un calcul biliaire. L'intérieur de la vésicule est rempli par un liquide séreux, transparent, n'ayant aucune des qualités de la bile. La capacité de la vésicule est assez notablement augmentée; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que ses vaisseaux lymphatiques sont notablement dilatés, au point d'avoir au moins le double de leur volume normal, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce qui a été faiblement injectée au mercure. Mais comme les valvules n'ont pas augmenté, elles ne peuvent plus empêcher le trajet rétrograde du mercure, qui peut monter ou descendre sans difficulté dans tous les sens, dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques. Ceux-ci ont une forme exactement cylindrique. Il y en a quelques-uns plus petits, cependant, non encore dilatés, sur lesquels on peut observer encore des valvules que l'effort du mercure contre elles, lorsqu'on veut le faire rétrogra-

der, rend encore plus apparentes. Il est curieux de voir coïncider une dilatation si grande des vaisseaux lymphatiques avec une dilatation de la vésicule et une activité plus considérable dans l'absorption devenue nécessaire pour vider la vésicule oblitérée dans son col.

Hernie diaphragmatique, à droite, avec sac.

Observation recueillie par M. GOBLET, interne des hôpitaux. (1).

Diécock (Marguerite Elisabeth), âgée de quatre-vingts ans, née à Versailles, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 2 octobre 1845, pour une chute de matrice.

Placée d'abord en chirurgie, où l'on remédia au déplacement de l'utérus, elle fut, au bout de deux jours, transportée en médecine (salle Saint-Jacques, n° 6 ; service de M. Prus).

Des accidents généraux s'étaient développés, et voici ce qu'elle présenta à la visite du 5.

Abattement considérable ; peau chaude, sèche, pouls développé, battant cent fois par minute. Langue sèche, raccornie, sillonnée, noirâtre à la surface et comme rôtie. Pas d'appétit. Pas de selles depuis long-temps ; la malade ne donne pas de renseignements précis, non plus que pour l'émission des urines. Ventre tendu, rendant un son tympanique partout, excepté dans la région hypogastrique, où cependant on

(1) Cette observation a été remise par M. Goblet postérieurement au rapport de M. Richard, qui paraîtra dans un prochain bulletin ; c'est un fait nouveau à ajouter à ceux déjà consignés dans ce rapport. — Nous le publions ici, parce qu'il se relie assez naturellement au suivant.

(Note des Rédacteurs.)

ne reconnaît pas l'existence d'un globe fluctuant, tel que celui que représenterait la vessie distendue. En arrière, des deux côtés, la poitrine résonne mal, surtout à gauche. Râle crépitant dans le tiers inférieur des poumons, spécialement à gauche ; bronchophonie légère vers l'origine des grosses bronches. Vingt-quatre respirations profondes. Un gros crachat grisâtre, gélatineux, adhérent au fond du vase. — Gomme sucrée, 2 pots ; 0 gr. 4 de tartre stibié dans un julep ; 1 lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale, et 60 grammes de sulfate de soude ; saignée de 3 petites palettes. Diète absolue.

Le sang devient couenneux ; le caillot est mou, transparent sur les bords (où existe une fibrine cedématisée) ; il est recouvert d'une pellicule blanche, opaline, parsemée de petits grains rouges ou roses dont un grand nombre se voient par transparence. A la visite du soir le pouls marque quelques pulsations de moins que le matin ; mais il reste assez fort ; la peau est chaude. On nous dit que l'émétique a provoqué des selles abondantes et seulement quelques nausées. Saignée, 2 palettes.

6 octobre. — Le caillot est plus petit, plus consistant que le premier. La couenne mieux formée, plus dense, plus épaisse, est retroussée sur les bords. Quatre-vingt deux pulsations ; peau naturelle ; langue large assez humide, rose pâle, excepté vers la base, où elle conserve en partie sa coloration brune. Gomme sucrée, 2 pots ; 0 gr. 20 de tartre stibié dans un julep, à prendre en une heure ; 4 ventouses à la base gauche en arrière. Diète.

A trois heures et demie après midi, je constate des symptômes fort alarmants. Refroidissement général ressenti par la malade depuis un quart d'heure. Respiration accélérée avec commencement de râle trachéal. Pas de selles dans la journée. Le ventre est ballonné, la vessie, remplie d'urine, dépasse beaucoup les pubis ; la matrice abaissée dépasse de toute la longueur de son col la fente vulvaire. La grande lè-

vre droite est œdématisée. Je fais remonter l'utérus en le repoussant avec l'indicateur ; après quoi je passe une sonde dans la vessie, ce qui n'avait pas été possible auparavant. L'urine s'échappe violemment, elle est jumenteuse et très fétide ; le trouble augmente beaucoup par l'agitation de la sonde dans l'intérieur du réservoir urinaire. Il en sort deux crachoirs et demi d'urine ou environ un litre et demi. Les dernières gouttes sont de véritable pus, mêlé de stries sanguantes. L'algale d'argent sort noircie à son extrémité. La malade éprouve un soulagement marqué. Sinapismes aux pieds et aux mains. Potion stimulante. La chaleur revient un moment ; mais bientôt le râle trachéal augmente, et la mort a lieu à 6 heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort.

Le cadavre présente un reste de rigidité. Embonpoint considérable. Bonne conformation de la poitrine, etc.

Ventre météorisé, rendant partout un son tympanique.

Utérus pendant entre les grandes lèvres, dont la droite reste œdématisée.

A l'ouverture on remarque dans la cavité péritonéale, comme aussi dans la plèvre droite, une certaine quantité de sérum roussâtre.

Toute la surface du péritoine, tant du feuillet pariétal que du feuillet viscéral et des épiploons, est couverte de granulations miliaires grises ou blanches, ordinairement isolées, quelquefois réunies plusieurs ensemble, et formant alors des plaques irrégulières. Elles sont lisses et paraissent être recouvertes au moins par le feuillet épidermique de la séreuse.

Quelques-unes n'offrent aucune autre particularité intéressante ; d'autres présentent une auréole ecchymotique ;

mais la plupart sont entourées d'un cercle noir, dû probablement à la décomposition du sang primitivement épanché.

Vive arborisation artérielle de tout l'intestin grêle.

Distension extrême du cœcum par des gaz.

Utérus refoulé vers le fond du petit bassin et un peu dévié à gauche : le corps est couvert de granulations miliaries.

Une portion de l'épiploon (grand), retroussée vers le diaphragme, s'engage dans une ouverture que lui présente en avant ce plan charnu, pour se porter dans la poitrine, où l'on voit à droite une tumeur presque aussi volumineuse que le poing, irrégulièrement cuboïde à cause de la pression des organes environnants, la paroi pectorale antérieure, le cœur et le péricarde, le diaphragme, le poumon.

Cette tumeur, d'aspect graisseux, est recouverte d'une pellicule séreuse qui la rend très lisse.

En la pressant on la trouve lobulée et d'une consistance molle, analogue enfin à celle de l'épiploon chargé de graisse.

Son plan supérieur atteint le niveau de la quatrième côte.

Ses rapports sont : en avant, avec le sternum et les cartilages des dernières côtes droites qui s'y attachent ; en haut, en arrière et en dehors avec la base du poumon droit qui se moule sur elle ; en dedans, c'est-à-dire à gauche avec le péricarde et médiatement avec le cœur ; enfin en bas, avec le diaphragme qu'elle traverse et sur la convexité duquel elle repose.

Pour rendre la dissection ultérieure plus facile, la tumeur est enlevée avec une partie du sternum et des cartilages costaux, ainsi qu'une portion du diaphragme et du colon transverse.

Cela fait, on détache à droite et à gauche, des côtés vers la ligne médiane, le péritoine de la portion de diaphragme conservée ; l'on découvre ainsi les fibres aponévrotiques post-xyphoïdiennes de ce muscle à travers une éraillure desquelles l'épiploon s'est frayé un passage, et l'on constate que le pé-

ritoine s'engage lui-même par cette ouverture pour doubler à l'intérieur le sac herniaire.

Ce sac est garni au dehors d'une couche cellulo-adipeuse épaisse de plusieurs millimètres, et formant même des appendices graisseuses analogues à celles des auricules du cœur.

Enfin, il emprunte sa tunique la plus extérieure à la plèvre diaphragmatique refoulée, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir.

L'épiploon hernié a contracté de nombreuses adhérences vasculaires avec l'intérieur du sac.

Au collet les adhérences sont étroites et nombreuses en avant, presque nulles en arrière, ce qui permet l'introduction du doigt.

L'arc du colon a été tordu sur son axe par l'épiploon déplacé; il ne présente d'ailleurs aucune lésion; pas d'injection; à peine quelques granulations miliaires.

Le foie est déformé et ramolli; son diamètre antéro-postérieur est notablement diminué; son bord antérieur est moussé.

La vésicule est contractée sur une demi-douzaine de calculs biliaires qui en oblitèrent complètement la cavité, et sont comme enchaîonnés dans la muqueuse. Leurs facettes contiguës sont à peine lubrifiées par un peu de mucus grisâtre altéré. Le canal cholédoque renferme lui-même deux gros calculs baignés par de la bile verte.

Les reins sont ramollis; le bassin est rempli d'urine purulente; sa muqueuse est rouge arborisée.

Dans la substance corticale on trouve quelques grumeaux blancs qui semblent être du pus concret.

Les poumons présentent en arrière le premier degré de la pneumonie, principalement dans le lobe inférieur.

Les lobes supérieurs sont simplement œdématisés.

L'empressement mis à emporter la pièce pathologique

principale a fait négliger d'examiner la vessie et les organes génitaux.

Hernie diaphragmatique du colon transverse, avec sac.

Observation par M. GOMLET, interne des hôpitaux.

Joséphine Fauvet entre à l'infirmerie de la Salpêtrière le 26 mai 1845, à 4 heures après midi.

C'est une petite femme rabougrie, d'une maigreur squelettique. Ses traits contractés, sa position demi assise, sa respiration haletante trahissent une pénible anxiété. Elle accuse tout d'abord une grande oppression de poitrine avec des douleurs générales dans le tronc et les membres. Depuis longtemps elle est souffrante, mais elle n'est bien malade que depuis hier, dimanche. A la suite d'un repas, elle a ressenti des coliques vers les régions épigastrique et ombilicale, puis elle a été prise de ce qu'elle appelle un grand débordement de bile, c'est-à-dire de selles diarrhéiques fort abondantes et extrêmement fétides. Tout cela était accompagné de difficulté de respirer et d'une douleur dans le côté droit du thorax.

Aujourd'hui il y a encore eu une selle liquide sans vives coliques. Mais, comme nous l'avons vu, les symptômes graves persistent du côté de la poitrine. Il y a trente-six respirations par minute. Le pouls qui marque quatre-vingt-seize pulsations, n'est pourtant ni très développé ni très dur. Rien d'anormal du côté du cœur. En arrière à droite, matité dans toute la hauteur du poumon, surtout en bas; souffle très marqué vers la racine des bronches; râle crépitant dans la

fosse sus-épineuse. En avant, râle crépitant au niveau du creux sous-claviculaire; absence du bruit respiratoire en bas, coïncidant avec une sonorité exagérée, comme tympanique et avec une voussure de la poitrine plus considérable en ce point que dans tout le reste de la face antérieure de cette cavité. A gauche, son à peu près normal, respiration puérile. Pas de crachats caractéristiques. Langue blanche, humide; pas de mauvais goût dans la bouche, anorexie, nausées; ventre assez souple, donnant un son très clair, pas de douleurs spontanées ni provoquées par la pression, excepté dans l'épigastre. Pas de maux de tête, intelligence parfaitement nette. — Saignée de trois palettes; potion émétisée, boissons émollientes chaudes.

Morte le 27, à 4 heures du matin.

Autopsie 28 heures après la mort.

Surface du corps présentant çà et là des lividités cadavériques. Membres encore rigides.

Poitrine comprimée, aplatie dans le sens transversal, extrêmement bombée en avant, si bien que les côtes rectilignes, pour ainsi dire, dans leur partie moyenne, se coudent brusquement à leurs extrémités.

Ventre déprimé, quoique rendant un son tympanique.

A l'ouverture on s'étonne de ne point apercevoir le foie. Ce viscère est entièrement dérobé à la vue par le colon transverse qui passe au devant de lui pour fuir dans la cavité thoracique, où il remonte jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal, comme on s'en assure après avoir enlevé le plastron.

A la convexité de l'anse et en arrière s'insère le grand épiploon.

Pour cela faire, l'intestin a dû être récliné de bas en haut, en subissant, autour de ses extrémités restées en place, un mouvement de torsion égal à un demi cercle ou 180°. En effet, cette torsion est manifeste dans les points indiqués ; ce qui la rend évidente surtout, c'est que la bandelette longitudinale postérieure de la tunique musculaire est devenue antérieure sur l'anse déplacée.

Comme le reste du tube digestif, la portion d'intestin herniée ne renferme que des gaz et ne présente ni à l'intérieur ni à l'extérieur de traces d'inflammation récente.

Elle offre seulement quelques adhérences filamenteuses, vasculaires, très solides avec le fond, l'orifice et certains points intermédiaires de la surface intérieure du sac. L'épiploon est dans le même cas, et de plus il envoie un faisceau jusque sur la vésicule du fiel.

Il n'y a ni coarctation organique ni épaissement des tuniques au niveau du collet du sac.

Celui-ci, lisse à l'extérieur comme à l'intérieur, est évidemment constitué par un double feuillet séreux, en dedans le péritoine, en dehors la plèvre ; ces deux membranes étant séparées par une couche de tissu cellulo-fibreux. Par la dissection on démontre la continuité de la séreuse abdominale avec le feuillet interne du sac ; en détachant le péritoine de la partie du diaphragme qui avoisine l'ouverture anormale, on peut le suivre au delà de celle-ci sans trouver aucune ligne de démarcation.

Cela étant fait, on peut s'assurer que l'ouverture herniaire est entièrement fibreuse et assez résistante ; sa forme est circulaire. Elle est située immédiatement derrière l'appendice xyphoïde et répond par conséquent aux éraillures qui font communiquer le tissu cellulaire du médiastin antérieur avec le tissu cellulaire sous-séreux du bas-ventre.

Le sac irrégulièrement pyriforme a dans son pédicule 4 à 5 centimètres de diamètre, c'est-à-dire le diamètre de

l'ouverture que nous venons de décrire, tandis que vers son fond il a bien un décimètre.

D'abord situé sur la ligne médiane, derrière le sternum auquel il adhère, il ne tarde pas à se dévier à droite, à cause de la présence du péricarde à gauche, et refoule le poumon en haut.

Ses rapports sont les suivants : en avant avec le sternum, les cartilages des côtes et les muscles intercostaux, jusqu'au deuxième espace ; à gauche avec le péricarde, et médiatement avec le cœur ; en bas il repose sur la voussure diaphragmatique ; en haut et à droite, il est coiffé par la base du poumon droit, lequel envoie aussi une lame en arrière.

Par suite du déplacement de l'arc du colon, certains organes du voisinage ont aussi subi des changements de forme et même de situation, sans compter l'épiploon qu'il a nécessairement entraîné avec lui.

Ainsi l'estomac est un peu tordu sur son axe, parce que sa grande courbure a été attirée en haut.

Le foie, comprimé dans le sens antéro-postérieur, a gagné dans le sens vertical ; son bord postérieur atteint presque le deuxième espace intercostal, et son bord antérieur, devenu mousse, descend jusqu'à la huitième côte.

La moitié droite du diaphragme, qui s'est moulée sur ce viscère, présente une convexité beaucoup plus prononcée que dans l'état ordinaire ; la moitié gauche présente au contraire une courbure sensiblement presque normale, en sorte que, si on la prolongeait, la ligne fictive laisserait au-dessus d'elle la plus grande partie de l'épaisseur du foie.

Le cœur est redressé et porté à gauche, de manière à n'avoir plus aucun rapport avec le sternum.

Le poumon gauche est refoulé au-dessus de lui.

Ce poumon présente de la congestion à la base, et surtout en arrière.

Quant au poumon droit, réduit à un très petit volume, il s'est condensé de manière à être très peu perméable

dans ses lobes inférieurs. Le lobe supérieur est œdématisé.

NOTA. J'ai prié M. Manec de constater avec moi les points capitaux de ce fait lorsque les choses étaient encore en place.

Apoplexie méningée suivie de la formation d'un kyste.

Observation recueillie à l'hôpital Necker, service de M. BRICHETEAU,
par M. LAGRANGE, interne des hôpitaux.

Jean Thomas Lépine, cocher, âgé de 53 ans, entre le 17 mai à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean; il paraît doué d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin; le système musculaire est assez développé. Toute la moitié gauche de son corps se trouve agitée par de violentes convulsions qui sont surtout très prononcées à la face, et s'étendent même jusqu'à la langue; le visage est rouge; les yeux brillants et hagards, la pupille dilatée. A ces symptômes viennent s'ajouter des troubles du côté de l'intelligence; le malade est tout-à-fait indifférent à ce qui se passe autour de lui; il a un délire calme; la parole est difficile et embarrassée; lorsqu'on le questionne, il ne répond pas, ou il ne fait entendre que quelques mots incohérents et mal articulés; cependant une fois il dit assez distinctement qu'il souffre de la tête. Cet ensemble de désordres se rapporte sans aucun doute à une affection du système nerveux. L'examen attentif des autres appareils fondamentaux de l'économie ne fait rien découvrir, si ce n'est que l'écoulement de l'urine a lieu involontairement, et sans que le malade en ait conscience.

A cet état morbide on oppose une médication qui consiste

dans une saignée du bras, dans l'application de trente sangsues derrière les oreilles et de sinapismes aux membres inférieurs. Ce traitement est suivi au bout d'un certain temps d'une notable modification dans la marche de la maladie; les convulsions deviennent moins fortes et, pour ainsi dire, intermittentes; elles se montrent comme par accès et dans l'intervalle on observe une hémiplegie du même côté. Enfin peu-à-peu l'alternative des mouvements convulsifs et de la paralysie cesse, et le 18 au matin les convulsions sont remplacées par une perte complète du mouvement et du sentiment dans toute la moitié gauche du corps. Il faut noter que cette paralysie s'allie avec un peu de contracture dans le bras et la jambe du même côté. Les autres symptômes sont les mêmes que la veille. On applique un vésicatoire à la nuque et de nouveaux sinapismes aux membres inférieurs. Mais la maladie marche toujours, le coma survient, tous les signes avant-coureurs d'une fin prochaine apparaissent, et le malade meurt le 19, à 10 heures du matin.

Désirant connaître le début et la marche de l'affection qui avait amené la mort de cet homme, nous sommes allé prendre des renseignements auprès des sœurs de charité qui le visitaient chez lui avant son entrée à l'hôpital. Nous avons seulement appris qu'il éprouvait depuis deux ans environ une céphalalgie intense, et parfois même des espèces d'attaques dans lesquelles il perdait connaissance; mais il nous a été impossible de savoir s'il avait reçu des coups sur la tête.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Le crâne étant ouvert, ce qui frappe d'abord, c'est la forme irrégulière de l'encéphale encore enveloppé de ses membranes. Sur la partie supérieure et latérale droite du cerveau, à un pouce du sinus longitudinal supérieur, et vis-à-vis la fosse pariétale, on voit une saillie assez

considérable formée par une tumeur dure et résistante, qui, par suite de la compression exercée sur la boîte osseuse, a produit une dépression peu profonde sur la face interne du pariétal. On ne trouve du reste aucune lésion dans les os, si ce n'est peut-être un léger amincissement au niveau de la dépression. Les vaisseaux de la dure-mère ne sont pas gonflés de sang. La surface de l'hémisphère gauche étant mise à découvert, on remarque que la dure-mère ou plutôt la membrane qui résulte de l'adossement de la dure-mère et du feuillet pariétal de l'arachnoïde, a une épaisseur plus grande que celle qui se rencontre ordinairement, et sur une section faite avec des ciseaux, il est facile de s'assurer que cette membrane atteint son maximum d'épaisseur dans le voisinage de la tumeur, et qu'elle va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de ce point, de telle manière que près de la base du crâne elle reprend ses dimensions normales. Sur ce même hémisphère on aperçoit une coloration blanchâtre et légèrement opaque due à la présence de fausses membranes qui indiquent une inflammation probablement chronique des méninges; cette teinte, qui semble avoir son siège dans le feuillet viscéral de l'arachnoïde, est beaucoup plus intense à la partie supérieure qu'à la partie inférieure où elle finit par disparaître complètement. Les fausses membranes, qui peuvent être comparées avec assez d'exactitude à une couche mince de blanc d'œuf qui aurait été soumise un peu à l'action de la chaleur, ne pénètrent point entre les circonvolutions cérébrales; la pie-mère, assez considérablement injectée, se détache facilement de leur surface sans entraîner avec elle la substance nerveuse qui paraît un peu plus ferme. La surface de l'hémisphère droit du cerveau offre les mêmes altérations; mais en outre, en soulevant une portion des méninges de ce côté, on constate que la tumeur s'est développée dans leur épaisseur, et qu'à son niveau, non-seulement les circonvolutions cérébrales sont très aplaties, mais encore que le lobe postérieur droit présente dans sa partie supérieure et dans

l'étendue de ses deux tiers antérieurs un enfoncement de plus de 3 centimètres. Du centre de cette excavation, dépourvue de fausses membranes, s'élève un petit prolongement qui vient s'attacher à la face inférieure de la pièce pathologique dont il s'agit. En examinant les choses de plus près, on reconnaît sans peine que ce prolongement est constitué par de la substance cérébrale molle et jaunâtre, comme si cette dernière avait fait hernie à travers une rupture de la pie-mère et du fouillet viscéral de l'arachnoïde. Son sommet adhère à la paroi inférieure ou cérébrale de la tumeur; sa base se continue avec un ramollissement cérébral très étendu, qui occupe à peu près les deux tiers antérieurs du lobe postérieur droit dans toute son épaisseur. Ce ramollissement est caractérisé par sa couleur jaune, son extrême mollesse et l'aspect frangé qu'il prend sous l'action du filet d'eau.

Ajoutons que tout le cerveau, les corps striés, les couches optiques, le cervelet, la protubérance annulaire et le bulbe rachidien offrent un piqueté rouge très fin et quelques petits caillots sanguins disséminés et confondus dans la substance nerveuse; mais il n'y a rien de semblable dans la partie qui est le siège du ramollissement. Les ventricules latéraux contiennent deux ou trois cuillerées d'un liquide transparent et faiblement jaune. Les organes renfermés dans les cavités abdominale et thoracique ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

Maintenant abordons la description de la pièce pathologique. Cette espèce de tumeur, dont la situation a été indiquée, envisagée dans sa conformation extérieure, possède une forme elliptique à grand diamètre antéro-postérieur de 12 centimètres, à petit diamètre transversal de 6 centimètres. On peut lui distinguer deux faces et une circonférence. Des deux faces, l'une est supérieure et l'autre inférieure. La première convexe se trouve en rapport avec la portion de la boîte osseuse du crâne qui correspond à la fosse pariétale droite. La face inférieure convexe d'un côté à l'autre, et concave

d'avant en arrière, est logée dans l'enfoncement qui existe à la surface du cerveau; elle est munie vers sa partie moyenne, d'un reste du pédicule déjà décrit. La circonférence se continue avec la membrane produite par la réunion de la dure-mère et du feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Si on cherche à connaître la constitution de cette tumeur, on observe qu'elle est formée par deux parois qui se réunissent à angle très aigu et circonscrivent une cavité remplie d'une matière molle et d'une couleur rouge grisâtre. Quelle est la nature de cette tumeur! quelle est la structure de ses parois? quelle est l'origine de la matière qu'elle renferme? Voilà trois questions sur lesquelles nous allons dire un mot.

Il est à peu près certain que la production pathologique que nous étudions est un kyste résultant d'une apoplexie méningée. Mais dans quelle partie des méninges s'est effectuée l'hémorrhagie? Est-ce entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, comme le veulent certains auteurs? Ou bien est-ce dans la cavité arachnoïdienne, comme d'autres le prétendent?

Par la dissection, on parvient à isoler, à la face supérieure du kyste un feuillet membraneux qui doit être la dure-mère; d'un autre côté, on constate que la portion de pédicule adhérente à la paroi inférieure de la tumeur est entourée d'une membrane mince, qui se continue manifestement sur cette paroi. D'après cela, il est très probable que l'épanchement sanguin a eu lieu dans la cavité arachnoïdienne; qu'il a été circonscrit par des fausses membranes de manière à représenter un kyste.

Les parois de ce kyste sont dures et résistantes; elles ont une assez grande épaisseur; elles sont constituées par une membrane dans le tissu de laquelle s'est déposée en abondance de la matière calcaire. La cavité est tapissée par une fausse membrane. La substance qui s'y trouve contenue est molle, d'une couleur rouge grisâtre, sans odeur et douce au toucher; elle a aspect un grenu; elle est probablement le ré-

sultat de l'altération du sang épanché, et ce qui tend à le prouver, c'est qu'on y trouve un petit caillot sanguin avec la couleur normale du sang.

Nous finirons en faisant remarquer qu'il existe encore dans la cavité une petite traverse ostéo-fibreuse qui a été forcément coupée, et qui maintenait les deux parois dans une position fixe.

Fracture du rachis.

Observation recueillie par M. Pons, interne des hôpitaux.

L'observation originale ayant été perdue, je ne puis donner à la société qu'une observation incomplète, faite d'après les quelques notes que j'ai retrouvées et mes souvenirs.

L'accident était arrivé à un nommé Barriot, âgé de 33 ans, maçon, homme d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez forte, qui était à travailler au fort de Bicêtre, lorsque, le 18 août, il tomba d'un troisième étage sur ses fesses, d'après le récit des personnes présentes à l'accident. Pour nous, il nous a été impossible de constater aucune trace de contusion dans cette région, et nous avons mis tous nos soins à bien le vérifier; car l'on sait combien sont rares les fractures de la colonne vertébrale par contre-coup, si toutefois il en existe quelque cas bien constaté.

Quoi qu'il en soit, à son entrée à l'hôpital, le malade avait entièrement perdu connaissance; le pouls était devenu insensible; il y avait paralysie des membres inférieurs; la commotion avait été des plus violentes. L'interne attendit que la réaction commençât à s'opérer avant de pratiquer une première saignée, et appela en même temps le chirurgien du service.

M. Maisonneuve arriva vers les 6 heures du soir. Le ma-

lade était déjà dans les salles depuis trois heures ; sa respiration était très accélérée , difficile , anxieuse ; les bruits du cœur étaient imperceptibles ; le pouls était redevenu fort , plein , tendu ; le malade paraissait dans un état désespéré , et le chirurgien se contenta de constater l'état des parties lésées , sans chercher à obtenir la réduction.

A la suite de l'examen du malade , M. Maisonneuve nous annonça une fracture de la dixième vertèbre dorsale , fracture caractérisée par une gibbosité dans cette région. Il y avait en même temps déplacement des fragments annoncé par la paraplégie et la paralysie du sentiment jusqu'au-dessus de l'ombilic ; il y avait en même temps paralysie de la vessie et du sphincter de l'anus , d'où écoulement involontaire des urines et des matières fécales , qui a persisté jusqu'à la mort. Durant les premiers jours cependant , le malade , au lieu d'être affecté d'une incontinence d'urines , avait , au contraire , une rétention urinaire qui a nécessité l'emploi du cathétérisme deux fois par jour , pendant une huitaine de jours environ. C'est là un phénomène pathologique que l'on rencontre ordinairement chez les personnes atteintes de lésions traumatiques de la moelle épinière suivies de paralysie de la vessie.

Quoi qu'il en soit , on constata en même temps une fracture des 3^e, 4^e, 5^e, 6^e et 7^e côtes gauches , avec déformation du thorax , ce qui augmentait la gêne de la respiration.

Le 26 août , à la suite de la dernière saignée pratiquée à notre malade , il se développa une angioleucite du membre supérieur gauche , que l'on combattit avec succès par trois applications de sangsues et des cataplasmes matin et soir. A dater de cette époque , on chercha à relever les forces du malade épuisé par la souffrance et 8 saignées qu'il avait subies , par des toniques et une bonne alimentation.

Le 16 septembre , M. Maisonneuve , malgré l'état de faiblesse où se trouvait le malade , crut devoir faire appliquer 30 sangsues sur l'abdomen , pour enrayer le développement

d'une péritonite caractérisée par la fièvre, des vomissements, le ballonnement du ventre, qui était douloureux aussi à la pression.

Le 20 septembre, on constata le développement d'une escharre au sacrum, suite inévitable d'un décubitus longtemps prolongé. Quelque temps après, il s'en développa aux mal-léoles externes et plus tard aux grands trochanters. Tous ces points de suppuration que l'on ne put maîtriser, épuisèrent rapidement le malade. Malgré tant de causes d'épuisement, le malade, soutenu par les toniques et une bonne nourriture, traîna sa pénible existence jusqu'au 15 novembre; il parvint jusqu'au dernier degré du marasme; son facies devint d'un jaune-paille des plus prononcés, et vers les derniers temps, il présenta une sorte de bouffissure et d'infiltration générale. Le 8 novembre, la fièvre hectique s'empara de lui; elle fut accompagnée de légers frissons; l'amaigrissement fit de rapides progrès, et le malade succomba.

Quant au traitement, je ne suivrai point le malade dans les diverses phases de sa maladie; je me contenterai de faire remarquer l'énergie avec laquelle on a insisté sur le traitement antiphlogistique. Dès le début, 8 saignées, dont la moindre fut de 350 gr., furent pratiquées à ce malade, et pour ma part, je suis convaincu que ce malade doit à l'énergie du traitement d'avoir prolongé si longtemps son existence, vu la gravité des lésions que nous révéla encore mieux l'autopsie.

Mort le 15 novembre, à 8 heures du soir; l'autopsie fut pratiquée le 17 novembre, à 40 heures du matin. Vu l'absence de symptômes cérébraux pendant la vie, le crâne ne fut point ouvert.

Les organes de la respiration, de la circulation et de la digestion ne nous présentèrent rien d'important à noter.

Rien à noter dans la vessie; mais les reins nous ont présenté une altération remarquable, caractérisée par une décoloration jaunâtre de la substance corticale avec infiltration

de granulations purulentes. Les bassinets sont pleins de pus. Faut-il voir là de petits abcès métastatiques? Le malade, dans les derniers moments de sa vie, nous a bien offert quelques symptômes de l'infection purulente; nous avons aussi de vastes foyers en suppuration. Mais les abcès métastatiques se développent le plus souvent à la surface des organes, et d'ailleurs les reins n'en sont point le siège ordinaire. Ces reins furent présentés à la Société de chirurgie; on trouva la lésion remarquable; quant à l'explication, elle reste encore à donner, à moins d'admettre une néphrite chronique latente.

L'escharre gangréneuse du sacrum avait dénudé l'os; il y avait un commencement de carie. L'autopsie nous fit constater encore la fracture des 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes gauches, et une double fracture des 3^e et 7^e côtes, qui n'avaient point été constatées pendant la vie, de même que la fracture des 3^e et 4^e côtes droites.

Quant au rachis, nous constatâmes une fracture des masses apophysaires, au niveau de la 10^e vertèbre dorsale, avec chevauchement du corps des vertèbres au niveau du cartilage inter-articulaire, au point qu'on pourrait dire qu'il y a tout à la fois fracture et luxation, ce qui explique la gibbosité du rachis. Il y a en même temps, par suite de ce déplacement, destruction presque complète de la moelle épinière, qui est réduite à ce niveau en un cordon fibreux. J'eus peine à faire passer un stylet dans le canal rachidien.

Cancer et tubercules du poumon. — Cancer des parois thoraciques.

Observation recueillie par M. PÉNARD, interne à l'hôpital Beaujon.

Le 15 février 1846, il est entré à la salle St-Jean, n° 135.

service de M. Legroux, le nommé Cellier (Charles-Auguste), commis marchand, âgé de 38 ans. Vers le 15 mars environ, par suite de mutation de service, il eut à recevoir les soins de M. Bouvier, et c'est à cette époque seulement que je l'examinai pour la première fois.

Il avait donc passé un mois à l'hôpital et était malade depuis quelque temps déjà à son entrée. Il disait avoir eu une pleurésie six semaines auparavant, à la suite de laquelle s'était manifestée une tumeur située à la région supérieure et antérieure de la poitrine. Jusqu'à cette maladie, sa santé avait été, selon lui, parfaite. Le 15 mars, la constitution paraissait affaiblie. Le malade était pâle, toussait un peu, la nuit surtout. Les crachats étaient légèrement purulents, sans fétidité. Les sueurs étaient rares, l'appétit assez bon, le dévoiement nul. Il y avait quelquefois des palpitations assez vives.

L'auscultation indiquait une respiration normale du côté droit, tandis que la respiration était très obscure en arrière, sous l'aisselle et en avant du côté gauche. La percussion donnait une résonnance parfaite du côté droit, mais indiquait de la matité en arrière, sous l'aisselle et en avant du côté gauche, tant au-dessus qu'audessous de la tumeur. Celle-ci, située au niveau des 2^e, 3^e et 4^e côtes offrait antérieurement une saillie d'un centimètre et demi environ. Elle avait approximativement huit centimètres de largeur sur sept de hauteur. On pouvait la déprimer jusqu'à un certain point sans la refouler entièrement dans la cavité thoracique. La partie centrale donnait la sensation d'une légère fluctuation. La main appliquée à sa surface régulière et sans bosselures ne percevait ni battement, ni bruissement. En insistant sur la palpation on déterminait d'assez vives douleurs, qui quelquefois cependant existaient spontanément sous forme d'élancements. On n'entendait aucun son avec l'oreille ou le stéthoscope. Il n'y avait ni amincissement, ni changement de couleur à la peau, qui roulait avec facilité sur

la tumeur. Dans les mouvements de la respiration le côté droit s'élevait davantage que le gauche. Mais du côté gauche, la tumeur ne s'élevait ni plus ni moins que la partie située au-dessus ou au-dessous. Les battements du cœur, irréguliers parfois, n'imprimaient généralement pas de secousse à la tumeur. En présence de ces signes négatifs, le traitement sous le point de vue de la tumeur dut être tout palliatif. Cataplasmes, onguent mercuriel, emplâtre de Vigo. Des sangsues mêmes furent appliquées qui apportèrent du soulagement à la douleur existant parfois assez vive en cette région. Quant au traitement général, les adoucissants et les opiacés furent employés; gomme, loock diacodé, pâte de lichen, cynoglosse, extrait thébaïque. La matité de la partie gauche de la poitrine faisant présumer un épanchement, on appliqua des vésicatoires.

Le malade, dont le moral était très courageux s'affaiblit de plus en plus; vers la fin du mois d'avril, il toussait sans cesse; les crachats s'isolaient et se découpaient sur les bords; les sueurs nocturnes étaient excessives, le dévoiement continu, le visage pâle et amaigri.

Dans les premiers jours de mai, les symptômes s'aggravèrent encore. Le malade fut pris d'accès de suffocation auxquels les révulsifs purent apporter quelque soulagement. Un peu plus tard un mieux apparent se manifesta. Il n'y avait plus de dévoiement, moins de sueurs; mais bientôt les accès de suffocation reparurent, et le malade succomba le 16 mai 1846.

A l'autopsie l'important était de disséquer avec assez de soin la tumeur pour ne pas donner involontairement issue au pus, s'il y en avait. Je fis donc une incision cruciale et disséquai la peau, puis le fascia superficialis jusqu'au muscle grand pectoral. Ce muscle était blafard, aminci; au-dessous du grand pectoral était une aponévrose épaissie et recouvrant exactement la tumeur. Cette aponévrose disséquée de la même manière, je vis une masse blanchâtre, mamelonnée,

qui d'abord me parut tuberculeuse. Elle présentait çà et là des places jaunâtres avec un point central presque rosé. Cette masse me parut communiquer avec le poumon; je découvris donc la poitrine avec soin, en respectant cette communication.

Le poumon droit était isolé de la plèvre costale, parfaitement sain d'ailleurs, ne présentant aucune trace actuelle de tubercules à l'état cru ou ramolli; seulement quelques cicatricules au sommet. Le poumon gauche était emprisonné et refoulé par le péricarde très épaissi, très résistant. Ce poumon était rempli du sommet à la base de noyaux encéphaloïdes, de tubercules crus et ramollis, puis de cavernes en suppuration. Le cœur n'offrait rien d'extraordinaire, si ce n'est des taches echymotiques sur la surface de l'endocarde. Il est évident que cet homme avait eu en même temps que la pleurésie dont il nous avait parlé, une endo-péricardite. Les ganglions bronchiques comme les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés et bien certainement mélangés de substance tuberculeuse et encéphaloïde. La rate, moins considérable que d'habitude, présentait des tubercules à l'état miliaire. Quant au cerveau, il était peut-être un peu plus mou qu'à l'état normal. Il y avait un assez grand épanchement séreux dans les ventricules latéraux, mais surtout dans le ventricule moyen, puis dans le canal rachidien.

Voici maintenant la description de la pièce pathologique:

J'ai scié les 1^{re}, 2^e, 3^e côtes en arrière de la tumeur, puis en avant je les ai coupées à leur articulation chondrosternale. J'ai conservé toute la tumeur au-dessus, puis, au-dessous le quart du poumon environ.

Face antérieure. — Disséquant la masse encéphaloïde de façon à dégager la seconde côte, je l'ai mise à nu. Cette côte est dépourvue de périoste dans la longueur de deux centimètres avant son articulation chondro-costale. Toute cette partie de la face antérieure de la côte est granuleuse; la lame de substance compacte paraît détruite. L'articulation

chondro-costale est brisée, et les deux surfaces articulaires crépitent en frottant l'une contre l'autre.

Ayant dégagé la face antérieure de la troisième côte, j'ai constaté une même dénudation, un même aspect granuleux, mais plus prononcé au bord supérieur qu'au bord inférieur. Examinant maintenant le premier espace intercostal, je trouve les muscles intercostaux épaissis et dégénérés; disséquant ces muscles en rabattant une tranche du bord inférieur de la première côte au bord supérieur de la deuxième, on met à découvert une masse encéphaloïde, à l'angle supérieur et externe de laquelle se voit un petit caillot sanguin. A la droite de ce caillot on aperçoit de longs filaments blanchâtres se dirigeant de haut en bas, espèces de tractus qui sont peut-être ce que Ch. Bell décrit sous le nom de prolongements blanchâtres dans la période de crudité de l'encéphaloïde comme dans la période de crudité du cancer.

Le deuxième espace intercostal n'offre plus trace des muscles intercostaux. Ils sont remplacés par une bouillie encéphaloïde présentant des foyers sanguins, surtout vers le bord supérieur de la troisième côte, et communiquant avec les noyaux encéphaloïdes du poumon.

Examinant maintenant la face postérieure de la tumeur, je trouve d'abord une adhérence intime du poumon avec la plèvre, puis un épaississement considérable de cette dernière évidemment dégénérée. Sous le poumon, il y a de vastes foyers encéphaloïdes renfermant des réseaux vasculaires, des épanchements sanguins. Coupant le poumon par tranches, en leur conservant un bord adhérent, je trouve partout ces foyers sanguins. Il est quelques points cependant où je crois reconnaître de la matière tuberculeuse. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que la pièce est depuis longtemps déjà, dix jours environ, dans l'alcool, et qu'ensuite à l'autopsie je suis certain d'avoir rencontré des tubercules dans ce poumon.

Cette pièce m'a paru digne d'être présentée à la Société

anatomique; car évidemment les symptômes de deux affections se sont confondus, je veux dire des affections tuberculeuse et encéphaloïde.— Il y a des symptômes de tubercules: crachats caractéristiques, sueurs nocturnes, dévoiement; symptômes d'affection encéphaloïde, traits de cachexie cancéreuse, matité absolue de la partie gauche de la poitrine; mais ce qui est bien constant et assez extraordinaire, absence de fétidité des crachats.

Membres admis pendant le trimestre.

Membre honoraire.

M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Membres adjoints.

MM. DUCLOS, interne des hôpitaux.

BLEU, id.

RACLE, id.

OZANAM, id.

COEURDEROY, id.

LAMAESTRE, id.

WICKAM, élève des hôpitaux.

SIMON, interne des hôpitaux.

Membres correspondants.

MM. DELARUELLE, médecin à Paris.

SALLES JOURDANET, docteur-médecin, p. à Campech,
province du Yucatan (*Mexique*).

BULLETIN N° 9 (Septembre 1846).

révisé

Par MM. BARTH, BONNET, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER, DÉ-
SORNEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POUMET, THIBAUT ET A. DEVILLÉ,
secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Cancer encéphaloïde du testicule. — 2. Compression du nerf pneumo-gastrique par une tumeur tuberculeuse des ganglions bronchiques. Asthme. — 3. Cancer du sein, avec hypertrophie des éléments normaux de la mamelle. — 4. Cicatrice pulmonaire. — 5. Ostéite. Syphilis? — 6. Préparation propre à mettre en relief les éléments fibreux d'une tumeur. — 7. Tumeur blanche cervicale. — 8. Tumeur du sein. Cancer? — 9. Cancer du foie, de l'estomac et de l'œsophage. — 10. Cancer du tibia. — 11. Végétations. — 12. Polype utérin. — 13. Accumulation considérable de dépôts crétacés sur des dents. — 14. Luxation de l'atlas à la suite d'une arthrite chronique. — 15. Abcès des ligaments larges. Phlébite. Caillot artériel. Gangrène. — 16. Tumeur blanche du genou.
- B. *Inflammation générale des voies urinaires. Tumeur fibreuse de l'utérus. Hydropisie des trompes utérines. Vésicules de Graaf développées dans un ovaire; cicatricules et dépôts crétacés. Hystérie, etc...* (Extrait).
- C. *Cas d'hystérie terminé par la mort. Lésions graves des organes génitaux.*
- D. *Cancer des poumons et du foie; (observation et discussion).*
- E. *Anomalie du cordon ombilical inséré sur les membranes. Rupture de la veine ombilicale. Hémorrhagie foudroyante; mort de l'enfant; (observation et rapport).*
- F. *Pleurésie. Albuminurie. Caillots dans les veines rénales. Causes de l'albuminurie.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Deville présente un encéphaloïde du testicule gauche enlevé par M. Ricord à l'hôpital du Midi, sur un homme d'une trentaine d'années, qui porte cette altération depuis deux ans. Le malade, assez bien constitué, quoiqu'un peu grêle, est né d'un père mort de cancer du foie, et d'une mère morte d'un cancer de l'utérus. Il n'a

jamais eu de syphilis constitutionnelle. La tumeur le gêne par son poids, son volume et aussi par quelques douleurs assez vives, qui s'étendent jusque dans la région lombaire. Cette tumeur, régulièrement ovoïde, est uniforme à sa surface; seulement, la peau qui la recouvre, quoique non adhérente, est le siège d'une vascularisation notable qui lui donne, surtout vis-à-vis le point médian de la tumeur en avant, un aspect un peu violacé. A la palpation, la tumeur présente une consistance molle élastique, uniforme, qui a beaucoup de ressemblance avec de la fluctuation. Pesanteur assez notable; pas de transparence. Derrière la tumeur qui a le volume d'une forte orange, on ne trouve pas l'épididyme. Mais de la partie supérieure et postérieure se dégage un canal déférent qui paraît sain. D'après l'ensemble de ces phénomènes, le diagnostic le plus rationnel s'arrête sur un hydro-sarcocèle. Une ponction est pratiquée pour éclaircir le diagnostic et donne issue à une quantité assez notable de sang noirâtre, qui jette un peu d'incertitude sur le diagnostic pour un instant. Une incision de cinq centimètres est pratiquée alors sur le devant de la tumeur, afin d'extirper le cancer s'il y en a, ou de mettre largement à nu le foyer sanguin, s'il n'y a qu'hématocèle. A peine l'incision pratiquée, le testicule tuméfié qui formait la totalité de la tumeur, s'échappe comme un noyau pressé par les doigts, et sort ainsi en laissant derrière lui la totalité du scrotum et de la tunique vaginale intacts. Dans cette dernière, il y a à peine une petite cuillerée de sang. Il suffit d'un coup de bistouri sur le cordon, pour achever d'isoler la tumeur. Celle-ci est recouverte par une tunique albuginée blanche, intacte, mais qui a perdu de son épaisseur à mesure qu'elle s'étalait pour recouvrir toute la surface d'une tumeur aussi volumineuse. Elle est parcourue à sa surface et dans son épaisseur par des vaisseaux, surtout veineux, volumineux, sur l'un desquels a probablement porté la ponction qui a fourni du sang. L'épididyme, intact du reste, est aplati complètement sur la partie postérieure de la tumeur. Tout l'intérieur est rempli par une masse encéphaloïde vasculaire bien caractérisée, un peu molle et uniforme partout. On ne retrouve pas de traces du testicule. — Ce fait offre de remarquable : le volume de la tumeur avec son uniformité; et la distension considérable sans altération de son tissu, qu'a dû subir la tunique albuginée pour arriver à recouvrir de tous côtés une surface aussi étendue.

2. M. *Hérard* apporte une pièce sur laquelle se voit une lésion du pneumo-gastrique qui a produit un asthme dépendant ainsi d'une lésion nerveuse. La pièce provient d'un garçon de trois ans entré dans le service de M. Blache à l'hôpital des enfants. Jusqu'au début de la maladie actuelle, cet enfant s'était toujours bien porté, à part une légère bronchite. Il y a trois mois, il a été pris subitement, à 4 heures du soir, d'un accès de suffocation des plus violents. Cette suffocation durant toute la nuit, on appela un médecin qui crut à l'existence d'un croup, et, prescrivit des sangsues, des vomitifs. Un peu d'amélioration survint, mais l'enfant resta gêné et conserva sa suffocation qui avait, suivant le récit des parents, tous les caractères d'un véritable accès d'asthme revenant toujours vers 4 heures de l'après-midi. Ces accidents sont allés en augmentant, de telle façon que les parents se sont décidés à amener l'enfant à l'hôpital. Le matin de son arrivée, cet enfant avait la figure bouffie, violacée; il faisait des efforts extraordinaires de respiration; l'expiration surtout était très difficile; la voix était normale et la toux sans caractères particuliers. Rien à la gorge. Un peu de faiblesse du bruit respiratoire à gauche, et un râle sous-crépitant fort léger, mais si peu de chose qu'on pouvait croire les poumons sains. L'enfant est resté trois jours à l'hôpital, et chaque jour il a été pris, surtout vers quatre heures, d'un accès violent de suffocation durant de deux à trois heures; dans l'intervalle des accès, il y avait suspension presque complète; cependant on entendait dans le larynx un léger bruit de sifflement. Le 28 mai, l'enfant est mort à la suite d'un accès très violent. A l'autopsie, on trouve le nerf pneumo-gastrique droit, près de l'origine du nerf récurrent, en rapport avec une tumeur qui a perforé la bronche droite à son origine de la trachée; par cette perforation sort un peu de matière tuberculeuse qui la bouchait; dans ce point, le pneumo-gastrique est si adhérent à la tumeur, qu'il est impossible de l'enlever; il est désorganisé, criant sous le scalpel, comme cartilagineux; plus loin, il est normal. Le pneumo-gastrique gauche est le siège d'une lésion semblable, mais commençante; une tumeur, tuberculeuse également, l'aplatit et commence à l'altérer. La bronche perforée à droite est un peu rouge autour de la perforation; les ramifications de la bronche gauche sont remplies de liquide purulent. Le poumon gauche est un peu emphysémateux, là où l'on entendait pendant la vie un peu de gêne de la res-

piration, Les lésions nerveuses expliquent suffisamment l'asthme ; mais pourquoi les accès revenaient-ils régulièrement à 4 heures ? Peut-être faudrait-il invoquer, comme cause adjuvante, l'accumulation de la matière tuberculeuse ?

3. M. Bonnet montre deux pièces anatomiques.

1. La première, relative à un cancer du sein, vient confirmer une proposition avancée par M. Giraudeau. C'est bien un cancer, selon M. Bonnet, puisqu'il y a dégénérescence, mais il y a bien des éléments normaux conservés. La pièce a été enlevée en ville par M. Roux sur une femme de trente-cinq ans environ, paraissant très cachectique, amaigrie, avec une teinte jaune de la peau, et portant dans le sein gauche cette tumeur douloureuse et d'un poids incommode. La tumeur incisée a une teinte grisâtre ou blanche un peu rosée. Elle est parcourue à son intérieur, par une foule de canaux galactophores dilatés, ayant au moins le double (1) de leur volume normal ; car ils admettent largement une sonde cannelée ordinaire ; au premier abord, ces canaux n'ont pas la forme de vrais canaux, mais bien d'un ensemble d'ampoules remplies d'une bouillie un peu analogue à de la boue splénique délayée, ce qui a fait juger la tumeur d'une nature très mauvaise par M. Roux. Le reste des canaux galactophores contient une matière analogue sinon au lait, au moins au colostrum. Tout le tissu qui est entre les canaux et les ampoules, est uniforme, dur, semi-transparent, criant sous le scalpel, un peu vasculaire, divisé en vastes lobules, parsemé de plusieurs lobules graisseux. Dans quelques endroits, en le pressant, il en suinte un suc blanchâtre épais, sous forme d'un vermicelle très fin ; ce sont là les points qui paraissent dégénérés à M. Bonnet. De nulle part, le râclage avec le scalpel ne fait sortir un suc épais et louche analogue au suc cancéreux.

4. La seconde pièce est relative à une cicatrice pulmonaire tuberculeuse chez un individu âgé de 22 ans environ, mort après l'application peut-être imprudente d'un caustique sur un abcès par congestion, avec un ensemble de symptômes fébriles qu'on aurait pu confondre avec une fièvre purulente, mais qui se rapportent très

(1) La proportion est bien supérieure, car il y a des ampoules qui ont de 4 à 6 millimètres de diamètre.

bien, comme le dit M. Maquet, à une fièvre hectique par infection puride. Dans le poumon, qui contenait des cavités tuberculeuses, il y avait au dehors un enfoncement notable qui a fait penser à l'existence de cicatrices analogues à celles décrites par Laënnec. Il n'y avait pas une vraie cicatrice, mais une petite cavité circonscrite, divisée en deux ou trois loges, communiquant de plusieurs côtés avec des bronches, et tapissée par une de ces membranes fines, gris de perle, décrites par Laënnec. Dans d'autres points, on trouve des cavernes tuberculeuses, renfermant encore, en partie, des tubercules, mais qui commencent cependant à se tapisser d'une membrane analogue à la précédente. Il faut bien noter que l'individu n'a pas succombé à la phthisie pulmonaire, mais bien aux accidents fébriles déterminés par l'ouverture de l'abcès.

5. M. Maquet apporte une portion du crâne et les os du genou d'une jeune fille de 25 à 30 ans, morte l'année dernière à l'hôpital Annexe, dans le service de M. Sandras. Elle entra au mois de mai pour une douleur très vive dans le genou gauche, où l'on n'observait aucune autre déformation qu'un peu de gonflement des os. Elle resta ainsi avec sa douleur qui revenait surtout la nuit, sans que l'iodure de potassium administré pendant plus d'un mois, produisît la moindre amélioration. Bientôt l'articulation se tuméfit; il s'y fit un épanchement; il se montra un ensemble de phénomènes inflammatoires: chaleur, un peu de rougeur et augmentation notable de la douleur. On employa des antiphlogistiques sans grand succès; il y eut de 60 à 75 sangsues appliquées. Il survint une autre douleur dans le côté droit de la région frontale; cette douleur avait déjà existé, et le médecin qui amena la malade dit qu'il s'était développé à l'extérieur du front une tumeur qu'il dit être une exostose. La malade perdit l'appétit, et fut prise de fièvre hectique; puis les douleurs de tête devenant encore plus vives, elle eut des nausées et des vomissements; elle finit par mourir au milieu de tous ces phénomènes. Il faut noter aussi qu'elle avait une perforation de la voûte palatine sur la ligne médiane, à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur; les bords de la perforation étaient très lisses; la malade disait avoir perdu des os par là. — A l'autopsie, on trouva la rotule soulevée par un liquide purulent qui avait rempli l'articulation, et fusé sous le ligament rotulien d'une part, d'autre part sous les jumeaux qu'il avait suivis jusqu'à la partie inférieure

du tendon d'Achille ; cet abcès avait été ouvert à la jambe pendant la vie, et il en était sorti de petits fragments osseux. Les cartilages étaient détruits. Les os peuvent bien s'examiner encore aujourd'hui. Sur le devant du tibia, il manque une bonne partie du tissu compacte jusqu'à la tubérosité antérieure ; dans l'épaisseur du tissu spongieux est un séquestre allongé, volumineux, irrégulier, un peu dur, entouré de toutes parts par une rigole profonde d'ulcération, mais encore adhérent solidement par sa base. Autour de ces altérations sont éparses des végétations osseuses irrégulières, qui donnent un aspect très anfractueux à la partie antérieure du tibia. A la partie inférieure du fémur, il y a un commencement d'altération semblable, mais moins avancée. Dans la fosse antérieure droite de la base du crâne, à l'angle que forment, en se réunissant, les deux portions du frontal, se voit une périostose formée par la superposition de plusieurs lamelles osseuses. Au moment de l'autopsie, les méninges adhéraient en ce point, et il y avait un ramollissement cérébral jaune, diffus du cerveau ; la substance cérébrale comprimée laissait suinter un liquide presque identique à du pus.—Ces altérations, on le voit, sont consécutives à une ostéite avec nécrose au genou, avec périostose au crâne. Quant à la nature de l'ostéite, il est important de noter que cette malade avait habité Saint-Lazare, qu'elle avait eu des chancre, et qu'elle avait pris souvent du mercure. La malade était brune, sèche, et n'offrait pas de signes de constitution scrofuleuse ; il n'y avait rien au poumon ; elle n'avait pas été enceinte.

M. Deville ne pense pas qu'on puisse affirmer, dans ce cas, que les lésions osseuses soient syphilitiques. Cela peut être, mais cela n'est pas démontré. L'inutilité de l'action de l'iodure de potassium au début lui paraît singulièrement peu confirmative.

M. Gabalda croit aussi que le seul examen anatomique ne permet pas, le plus souvent, de reconnaître une lésion osseuse syphilitique ; mais il y a des cas, comme celui de M. Maquet, où l'ensemble des phénomènes et leur marche donnent une certitude. Quant à l'inutilité d'action de l'iodure de potassium, elle ne démontre rien ; par exemple, M. Devergie a publié un cas de carie syphilitique rebelle à l'iodure de potassium et guéri par le mercure.

M. Maquet dit que sa malade a pris beaucoup de mercure dans les divers traitements qu'elle a subis, et que peut-être le mercure n'a

pas été sans action sur le développement de l'ostéite. C'est un sujet qui n'est pas suffisamment éclairé.

M. Gabalda répond que l'opinion relative à l'action du mercure comme pouvant produire des accidents analogues à ceux de la syphilis, repose sur de véritables préjugés. Mais M. Maquet croit qu'il faut tenir compte de tout.

6. M. Pigné montre sur une pièce que le hasard lui a fourni le moyen de mettre en relief la structure des tumeurs fibreuses. Un cancer du rectum, pris chez une femme, était conservé depuis longtemps dans le musée Dupuytren, fixé dans un vase par des épingles en cuivre, au milieu d'alcool à 21 ou 22 degrés. L'alcool avait pris une teinte verdâtre par l'oxydation des épingles ; l'ensemble de la pièce présentait aussi le même aspect verdâtre. En incisant un corps fibreux de l'utérus attachant au rectum, on trouve le tissu fibreux ayant conservé tous ses caractères, tout aussi éclatant, mais devenu plus apparent et décrivant des courbes d'une élégance extrême, au milieu des autres éléments qui ont pris, par une imbibition, une teinte verte très prononcée. Ce moyen de mettre en relief le tissu fibreux dans l'épaisseur d'une tumeur pourra être utilement employé.

7. M. de Beauvais présente une tumeur blanche du cou, recueillie sur un sujet auquel on avait déjà amputé la cuisse pour une tumeur blanche du genou ; on voit sur cette pièce une vaste cavité purulente entre l'atlas et l'axis, formée en partie aux dépens de ces deux vertèbres érodées. M. de Beauvais pense que la lésion des os, non encore ouverts, doit être de nature tuberculeuse : il le conjecture d'après l'aspect grumelé du pus. Il y a eu pendant la vie compression de la moelle, et paralysie du mouvement ayant débuté dans les membres supérieurs pour s'étendre bientôt aussi aux inférieurs.

8. M. Laillier présente une tumeur indolore de la mamelle enlevée par M. Velpeau, sur une femme de 73 ans. L'opérateur l'a considérée comme un mélange de tissus fibreux et colloïde. Elle paraît aux membres présents être un mélange d'encéphaloïde très vasculaire et de portions de tissu colloïde.

9. M. Gabalda montre des pièces recueillies sur un homme de 50 ans, mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tessier, d'un cancer du foie et de l'estomac. Le foie avait augmenté considéra-

blement de volume, et renfermait dans toute son étendue des masses marronnées de cancer encéphaloïde, à différents états. Le même tissu cancéreux se retrouvait à la surface du péritoine, sur la face convexe du foie. L'estomac en contenait aussi une plaque qui s'étendait presque depuis la grande courbure jusqu'au pylore. L'œsophage, envahi aussi par la dégénérescence cancéreuse, était presque complètement oblitéré à sa partie inférieure; sans que, du reste, cette altération fût continuée avec la plaque cancéreuse de l'estomac. Ce n'était que dans le foie seul qu'on rencontrait des portions de tissu encéphaloïde ramollies.

10. *M. Gabalda* présente encore une tumeur cancéreuse adhérente au périoste de la face antérieure du tibia chez un homme de 63 ans, et enlevée par *M. Roux*. Cette tumeur bosselée, contenant des cloisons fibreuses, distinctes et entrecroisées, d'une couleur blanchâtre, uniforme, et présentant quelques points un peu ramollis, a paru à plusieurs personnes être de nature squirrheuse, tandis que *MM. Gabalda* et *Jousset* la considèrent comme un encéphaloïde à l'état de crudité dans la plus grande partie de son étendue. Néanmoins, la structure fibreuse et la consistance de cette tumeur sont, pour *MM. Cruveilhier* et *Bonnet*, des raisons de la considérer comme étant de nature squirrheuse.

11. *M. Courtin* présente des végétations volumineuses du prépuce, enlevées par *M. Pucho* à l'hôpital du Midi, sur un jeune homme de 25 ans. Le jeune homme est entré au Midi dans le cours du mois de juin. Il y a cinq ans, alors qu'il n'avait eu aucun rapport avec des femmes, il avait un léger écoulement urétral, et des végétations commençaient à se montrer sur le prépuce. A cette même époque, il avait eu même un peu antérieurement, des saillies végétantes sur les mains, après les avoir plongées, dit-il, dans du flux menstruel; ces saillies disparurent. A la suite des premiers rapports avec une femme, il y a cinq ans, survint une blennorrhagie, probablement une balano-posthite abondante dont la suppuration détruisit en partie les végétations du prépuce; mais celles-ci reparurent bientôt, et ont peu à peu augmenté de volume. Le prépuce était fort long et rétréci par un phimosis inflammatoire subaigu. La plupart des végétations étaient implantées sur la surface interne du prépuce; la plus volumineuse sortait par l'ouverture préputiale, et avait 7 à 8 centimètres de circonférence, sur 4 de hauteur. L'excision des vé-

gétaires et de prépuce a été faite ces jours-ci, mais quelques végétations repoussent déjà. M. Courtin rapporte ce fait, à cause du volume des végétations, et surtout pour prouver un fait encore méconnu par beaucoup de praticiens, c'est l'indépendance absolue des productions frambésiées, d'avec les maladies syphilitiques. Le malade de M. Courtin n'avait eu aucune maladie syphilitique, et n'en porte aucune trace.

12. M. Maillot présente un polype fibreux de l'utérus, enlevé en ville par M. Piorry, en présence de MM. Mailliot et Gogué, et d'un autre médecin, il y a 3 jours, sur une femme âgée. Il y a quatre mois, la malade fut prise d'hémorrhagies utérines considérables, se montrant après chaque période menstruelle, qui durait ainsi de 12 à 15 jours, au lieu de trois à quatre jours qui étaient leur durée habituelle antérieure. Les hémorrhagies finirent par amener un état notable d'anémie, d'autant plus que la malade était un peu chlorotique auparavant. Elles donnèrent lieu à des méprises fausses de diagnostic et de thérapeutique. Un premier médecin employa le ratanhia en topique, qui ne servit de rien, et à l'intérieur du houblon et de la gentiane, qui pouvaient convenir tout au plus pour l'état général. Un autre médecin crut à ce qu'il appela vaguement une maladie de l'utérus, et comme pour la maladie qu'il croyait reconnaître on emploie dans un service de la Pitié le nitrate acide de mercure, il a porté cet agent dans le fond du vagin, et ne cautérisait ainsi que la superficie du polype. L'hémorrhagie, on le conçoit, ne faisait qu'augmenter. Un troisième médecin, qui dirige une maison de santé, M. Beau, prétendit obtenir la guérison au moyen de la vapeur. M. Piorry, appelé alors, constata aisément la présence d'un polype dont il conseilla l'extirpation. M. Jobert, qui devait pratiquer l'opération, n'étant pas venu le jour convenu, M. Piorry se mit en devoir d'extirper lui-même la tumeur. Une pince de Museux fut appliquée pour attirer un peu la tumeur sur le pédicule de laquelle ont été pratiquées deux à trois incisions, qui ont permis de l'attirer davantage et de la saisir avec les doigts, qui l'ont amenée au dehors et extraite comme par énucléation. C'est un corps fibreux, bien caractérisé, dont la base allongée, sous forme de pédicule, ne paraît pas avoir été toute enlevée, en sorte qu'on ne peut pas juger exactement de la profondeur de son implantation; cependant, après l'opération, on voyait au spé-

culum les lèvres du col utérin bien distinctes, et entre elles apparaissait le reste du pédicule qui n'a pas été enlevé. La surface du corps fibreux est recouverte d'une légère enveloppe muqueuse.

13. M. Maillot apporte deux dents extraites de la mâchoire d'une femme de 65 ans, qui en porte encore une dizaine semblables. Ces dents sont deux incisives encore reconnaissables. La première a sa couronne luisante, complètement libre en avant, mais masquée un peu en arrière par un prolongement de la substance incrustée qui va être décrite. Depuis le niveau du collet de la dent, en avant, un peu au-dessous de la ligne où se termine l'émail, — depuis le milieu de la hauteur de l'émail en arrière, — se voit une substance dure, jaunâtre, enveloppant complètement tout le pourtour de la racine. Cette substance, analogue à du plâtre serré, non percée de trous vasculaires apparents à l'œil nu, est creusée d'enfoncements irréguliers qui correspondaient probablement à des saillies de l'os maxillaire. Elle est dure, mais assez friable et se réduit aisément en poussière onctueuse par le râclage avec un corps dur. Elle forme une sorte de pyramide à quatre pans, à base irrégulière inférieure, (en supposant l'incisive appartenant à la mâchoire inférieure), c'est-à-dire qu'elle augmente de volume de haut en bas, (ou du collet de la dent vers le sommet de la racine). Cette pyramide a 19 millimètres de hauteur, 14 millimètres d'épaisseur antéro-postérieure vers la base, et de 7 à 8 millimètres selon les endroits, d'épaisseur latérale. La face antérieure et la base sont creusées de nombreux enfoncements déjà signalés. La face postérieure offre un plan lisse, incliné de haut en bas et d'avant en arrière, s'arrondissant en bas pour rejoindre la base. Les faces latérales sont presque planes, et dans ce sens, la pyramide est fortement aplatie, comme on peut voir par les mesures données plus haut.

Dans la seconde dent, la couronne est complètement détruite; il ne reste plus que la racine, dont les deux tiers inférieurs (ou placés du côté du sommet) sont libres et intacts, tandis que le tiers supérieur ou du côté du collet, est entouré de toutes parts par une masse incrustée analogue à la précédente, et qui forme ici exactement un chapeau de champignon à convexité supérieure, creusé d'une rigole circulaire inférieurement tout autour de la racine qui lui sert de tige. Ce champignon incrusté est sous forme

ovoïde d'avant en arrière; il a 18 millimètres d'avant en arrière, 6 à 7 millimètres de hauteur et 8 à 9 de largeur latérale.

M. Mailliot pense que c'est du tartre qui s'est accumulé peu à peu autour de la dent, a rempli et dilaté l'alvéole, et qui, dans la première dent par exemple, a pu finir par oblitérer l'orifice du canal placé au sommet de la dent, de manière à déterminer la chute de celle-ci.

Comme les dix dents de même nature qui restent à la femme, lui sont inutiles, elle s'en débarrassera probablement, et l'on pourra alors se livrer à une étude complète de ces incrustations.

14. M. Esculier raconte qu'une femme âgée de 52 ans, est entrée dernièrement dans le service de M. Monnot, à la maison de Santé, pour une maladie de la partie supérieure de la colonne vertébrale, survenue il y a six mois environ, à la suite d'un coup violent de la tête contre l'angle d'une armoire. Elle avait auparavant joui constamment d'une bonne constitution et d'une bonne santé. Depuis le coup qu'elle s'était donné, elle avait continué à souffrir dans la partie supérieure du cou, mais elle ne songea à se soigner qu'au bout de deux à trois mois. On lui fit appliquer d'abord des sangsues, puis des cautères et un séton, qui n'amènèrent pas d'amélioration. Les accidents continuaient à marcher rapidement lorsque la malade entra à la maison de santé. Il y avait tous les signes d'une luxation spontanée de l'atlas; la tête était inclinée toujours de côté, et lorsqu'on la relevait, elle tombait indifféremment d'un côté ou de l'autre, ce qui fit penser à l'existence d'une lésion de l'apophyse odontoïde; sur la fin cependant, la tête se trouvait toujours inclinée du côté gauche. Quinze jours avant la mort sont survenus des fourmillements et de la diminution de la sensibilité dans tout le corps; la respiration s'est embarrassée, et la malade est morte d'asphyxie. — A l'autopsie, on trouve l'atlas luxé en avant sur l'axis, et la colonne vertébrale dans son ensemble luxée latéralement sur l'occipital qui regarde à droite, tandis que la colonne regarde à gauche. Les ligaments des articulations atloïdo-occipitales ont disparu; il y a une érosion assez profonde du condyle gauche de l'occipital. Les ligaments odontodiens et annulaires sont détruits, ainsi qu'une partie de ceux qui unissent ensemble l'atlas à l'axis, et l'axis à la troisième vertèbre. Dans plusieurs de ces points les surfaces osseuses sont dénudées, et même par places érodées superficielle-

ment, comme on le voit surtout du côté droit des surfaces articulaires qui unissent les deuxième et troisième vertèbres cervicales. — Il est difficile de ne pas admettre qu'il se soit agi d'une simple arthrite traumatique, vu le bon état de santé de la femme avant l'accident, et d'ailleurs par le simple examen de la pièce. L'altération a porté surtout sur les parties molles articulaires qui sont détruites. Les os ne sont guère que dénudés; ils n'ont changé ni de consistance, ni de volume, et là où ils sont érodés, ils ne le sont que de la superficie à la profondeur, dans un espace limité.

15. M. Escalier apporte en outre des pièces provenant d'une autre femme âgée de 28 ans, morte dans la même maison, à la suite d'une de ces gangrènes dites spontanées. Il y a cinq ou six semaines, cette femme, encéinte pour la première fois, a accouché naturellement, sauf qu'il est survenu une hémorrhagie qui a nécessité l'introduction de la main pour enlever le placenta, dont une partie déchirée est même restée, et n'est sortie que le lendemain. Il s'est développé une péritonite qui a été guérie en 8 jours, aux dires du médecin, par des frictions mercurielles. La convalescence paraissait se bien faire; la femme se levait et marchait, lorsqu'elle a éprouvé, quinze jours après la guérison de la péritonite, une douleur très vive dans le membre droit. Elle a fait des frictions avec du baume de Fioraventi et enveloppé le membre; il n'y avait pas cependant, et il n'y a pas eu les signes d'une *phlegmatia alba dolens*; le ventre est resté souple. Quatre jours après, il s'est montré des phlyctènes sur le membre; puis une gangrène manifeste s'est déclarée, et la malade est entrée à la maison de santé le dixième jour de l'apparition de ces accidents. A son arrivée, la gangrène montait jusqu'au milieu du mollet, et le quinzième jour, lors de la mort de la malade, elle dépassait le mollet; les toniques ont été employés infructueusement. Pendant la vie, on n'a pas ausculté la malade; on ne sentait pas les battements de l'artère poplitée; ceux de la fémorale étaient faibles et en nombre moindre de ceux de la radiale; on comptait 100 pulsations à la radiale, tandis qu'il y en avait 70 au plus à la fémorale; ce qui tient peut-être bien, comme le dit M. Poumet, à ce que tous les battements réels n'étaient pas perçus dans celle-ci. — A l'autopsie, on ne trouve aucun reste de péritonite générale. Dans la fosse iliaque droite, se trouve un abcès circonscrit par l'intestin le cœcum qui y plonge et l'utérus; dans cet abcès viennent

se loger la trompe et l'ovaire droits qui ne sont pas malades, sauf l'altération du péritaine qui les recouvre et est enflammée. L'ovaire gauche est converti en une poche purulente. L'intérus est sain. Les veines hypogastriques et plusieurs de leurs dépendances, et la veine iliaque primitive droite sont remplies de caillots épais, gris, fermes, adhérents aux parois épaissies. Du côté de la veine fémorale dans laquelle ils se prolongent, ces caillots deviennent plus rougeâtres, moins adhérents. Nulle part ces caillots ne renferment de pus, sauf au centre de celui qui est placé près de l'arcade crurale. L'artère iliaque n'offre rien de particulier; mais à son union avec la fémorale, elle renferme un caillot allongé, grisâtre, ferme, résistant, occupant à peine le tiers du calibre de l'artère et se bifurquant au niveau de l'artère fémorale profonde; ce caillot est long de deux à trois centimètres, sans aucune adhérence. Les parois artérielles sont saines; cependant, à l'origine de la fémorale, sous l'arcade crurale, le tissu cellulaire qui la sépare de la veine est enflammé, durci en partie, et en partie suppuré; là, les parois de l'artère semblent tuméfiées et dures; c'est là que commence le caillot contenu; et c'est là aussi seulement que les caillots des veines renferment à leur centre un peu de pus. On pourrait donc être assez porté à admettre, suivant la remarque qu'en fait M. Gabalda, l'existence d'une artérite partielle.

M. Deville trouve qu'il est assez simple de donner une interprétation régulière de ce fait curieux. Après les manœuvres de la délivrance, la malade a eu une inflammation des ligaments larges qu'on a prise pour une péritonite, et qu'on a cru guérir par les frictions métruriques. Cette inflammation, devenue subaiguë et non douloureuse, a produit un abcès de la fosse iliaque, en même temps qu'une phlébite lente des veines hypogastriques, aggravée par elle, s'étendait à la veine fémorale, et produisait déjà une gêne notable de la circulation du membre. L'abcès augmentant, a comprimé les vaisseaux iliaques; de plus, l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire placé entre la veine et l'artère fémorales, et a tout au moins comprimé l'artère, si elle ne l'a pas même envahie, suivant la remarque de M. Gabalda. De là la gangrène. La compression locale de l'artère ne peut être mise ici hors de doute; la diminution des battements pendant la vie et l'examen anatomique le démontrent. Quant à une artérite locale, on pourrait s'appuyer aussi pour

l'admettre, sur la présence du caillot artériel, qui avait tous les caractères des caillots formés pendant la vie.

M. Jousset regrette qu'on n'ait pas examiné l'artère poplitée; les gangrènes dites spontanées chez les individus jeunes n'ont guère été trouvées sans caillots dans les artères. Peut-être en aurait-on trouvé dans l'artère poplitée.

16. M. Gogué montre une tumeur blanche du genou, qui a nécessité une amputation de cuisse, pratiquée, il y a deux jours, par M. Jobert, sur un imprimeur âgé de 25 ans. Ce jeune homme, qui n'a jamais présenté rien de scrofuleux ni de rhumatismal, a vu commencer, il y a plus de deux ans, sa maladie, sans cause connue autre que des excès de marche et de danse. — La cavité articulaire est remplie de pus sanieux, épais, couleur de choclay. Derrière l'articulation, et communiquant par un orifice avec la cavité articulaire, se voit un foyer purulent appliqué contre le fémur, limité par une membrane pyogénique épaisse et molle, et renfermant un pus épais, bien lié. La synoviale, fortement épaissie, est recouverte vers l'articulation, de fongosités nombreuses grisâtres et vasculaires; le tissu cellulaire et les ligaments qui la doublent sont, eux aussi, épaissis, plus denses et plus jaunés qu'à l'état normal. Les cartilages de la rotule et l'os lui-même sont intacts. Le tissu osseux du fémur est rouge, mais intact d'ailleurs. Sur la partie antérieure du condyle externe, le cartilage est détruit de la partie superficielle vers la partie profonde, en sorte qu'à la circonférence et vers le centre, il en reste une couche mince encore adhérente à l'os, quoique s'enlevant plus aisément qu'à l'état normal. Sur la face postérieure de ce condyle, il y a aussi un reste de cartilage sous forme de lame très mince, lisse superficiellement, mais complètement séparée de l'os par une couche de bourgeons fongueux et mous, en sorte qu'ici le cartilage a été détruit de la profondeur vers la superficie. À la partie postérieure du condyle interne, il ne reste plus de cartilage du tout; il n'y a sur le tissu osseux rouge qu'une lame pseudo-membraneuse molle et vasculaire. Une altération toute semblable s'observe du côté du tibia, sauf qu'en un point, le cartilage soulevé de dessus l'os par une lame pseudo-membraneuse, n'a pas encore été attaqué, et présente sur sa face profonde les aspérités et les enfoncements normaux qui s'engagent, comme on sait, avec la surface de l'os.

Inflammation générale des voies urinaires. — Tumeur fibreuse de l'utérus. — Hydropsie des trompes utérines. — Vésicules de Graaf développées dans un ovaire; cicatricules et dépôts crétacés. — Hystérie, etc.

Extrait d'une observation recueillie par M. CŒURDEROY,
interne à la Salpêtrière.

Chez une femme de 33 ans, atteinte de manie aiguë, et plus tard d'un commencement de paralysie générale, sont survenues des attaques d'hystérie dès le mois de février 1845. D'abord rares, puis revenant tous les cinq jours et alternant avec des accès de manie, elles sont devenues plus fréquentes et se combinent avec les accès de manie, ainsi qu'avec les phénomènes de début d'une paralysie générale. Voici la description d'une de ces attaques d'hystérie revenant deux ou trois fois par jour, sans cause connue ou sous l'influence de la plus légère contrariété.

L'attaque s'annonce par la sensation d'un globe hystérique qui, partant de la région hypogastrique, arriverait jusqu'à la gorge en déterminant là un étouffement, une constriction qui livrent la malade en proie à de terribles angoisses. Sur ce trajet, au niveau de l'ombilic, le plus souvent, il semble qu'on appose un charbon ardent. Ces prodromes durent une minute ou deux; puis la malade tombe en jetant un grand cri, et se roule au milieu de convulsions générales si fortes que quatre ou cinq personnes peuvent à peine la contenir. La face est vultueuse, le cou gonflé, la bouche remplie d'une salive écumeuse. La respiration stertoreuse, étouffée, est interrompue par des cris rauques, inarticulés; le pouls est misérable, la peau froide; la malade porte convulsivement les mains à son cou, comme pour arracher un obstacle physique qui l'étrangle; perte de connaissance presque complète. — La plupart de ces accès durent une ou

deux heures; ils sont suivis d'un assoupissement presque léthargique; les membres sont brisés, les forces épuisées; l'intelligence et la sensibilité obtuses.

Toutes les attaques ne présentent pas la même intensité; ainsi, dans quelques-unes, il n'y a que des convulsions générales très fortes avec étouffement.

Elles deviennent si intenses et si fréquentes que la malade meurt d'étouffement dans un accès.

Autopsie.

Femme forte, pléthorique.

Inflammation intense des reins, de la muqueuse des calices, des bassinets, des uretères et de la vessie.

« Le vagin est à l'état normal.

On trouve dans l'utérus une tumeur développée au milieu du tissu propre de sa face antérieure, faisant corps avec ce tissu, ayant la grosseur d'une noisette et présentant tous les caractères des tumeurs fibreuses. Le col et la cavité de l'organe sont sains.

On trouve dans la trompe gauche un kyste séreux qui la distend au point qu'elle égale la grosseur du petit doigt, plus renflée cependant à son extrémité libre; la trompe est flexueuse. Une lésion parovale, mais moins avancée, se voit dans la trompe droite (1).

L'ovaire gauche est augmenté de volume par la présence de deux petits kystes développés aux dépens des vésicules de Graaf. Les parois de ces kystes sont très amincies; on y remarque deux ou trois vaisseaux capillaires très finement injectés. A côté, se voient deux cicatrices qui ressemblent fort à celles qu'on a décrites comme produites dans l'enve-

(1) Il ne s'agit pas ici, comme la réduction de l'autopsie pourrait le faire supposer, d'un kyste indépendant, logé dans les trompes; c'est une hydropisie de la trompe elle-même.

(Note du rédacteur).

loppe de l'ovaire par le passage de l'œuf. (Cette fille n'aurait pas eu d'enfants, d'après les renseignements fournis).

Sur la face postérieure de l'ovaire droit, on remarque de petites masses créacées de la grosseur d'un grain de sechevis, au nombre de 10 à 12.

Sérosité et injection peu notables dans les méninges encéphaliques et rachidiennes.

Cœur sain; cavités gauches vides de sang; pleuro-pneumonie droite.

Je me suis demandé si les altérations profondes que j'ai rencontrées dans les organes génitaux n'avaient pas été chez cette malade la cause prochaine des accès d'hystérie que nous avons observés.

Plusieurs raisons me portent à le croire, les voici :

1^o Les désordres du centre nerveux céphalo-rachidien étaient très légers, lorsqu'au contraire, le marche de la maladie avait été très prompt, lorsque les symptômes avaient présenté, dans les huit derniers jours surtout, une intensité remarquable. Ceux des organes génitaux étaient profonds.

2^o Le mode d'invasion de l'accès hystérique peut aussi me servir pour arriver à cette conclusion. En effet, il n'y avait alors ni céphalgie, ni redoublement du délire ordinaire, ni étourdissements, mais bien un sentiment de constriction à la gorge, par suite de la progression d'une boule hystérique partie de l'hypogastre gonflé.

3^o Je m'appuierai surtout sur les faits nombreux d'altérations cadavériques des organes génitaux dont parlent les auteurs : M. Loyer-Villemaire, dans le chapitre X de son ouvrage sur l'hystérie, M. Dubois d'Amiens, dans l'examen de l'opinion des auteurs sur la nature essentielle de la maladie, MM. Audibert et Dufour Péra, qui ont cherché à prouver par l'anatomie pathologique que l'hystérie tenait à une maladie de l'utérus. Mais, me dira-t-on, on a trouvé dans bien des cas, sur des sujets morts sans jamais avoir présenté des symptômes de l'hystérie, de pareilles alté-

tions des organes génitaux ; est-ce, pour cela, une raison de croire que, dans les cas où elles se rencontrent, elles ne contribuent pas à produire la maladie, surtout chez des individus impressionnables, susceptibles de caractère, prédisposés par l'hérédité aux maladies nerveuses ? Je me crois donc autorisé à penser, dans le cas particulier, que l'hystérie a été produite par une surexcitation vitale des organes génitaux malades, surexcitation réagissant sur l'axe cérébro-spinal, et suscitant tous les symptômes dont nous avons parlé avec détail. C'est cette définition que donne de l'hystérie M. Dubois d'Amiens dans son mémoire sur l'hystérie et l'hypochondrie.

Ces raisons ayant soulevé des objections, M. Coerderoy a présenté, à l'appui de sa manière de voir, l'observation suivante, dans une des séances ultérieures.

Observation d'un cas d'hystérie terminée par la mort. — Lésion grave des organes génitaux.

Observation recueillie par M. COERDEROY.

La nommée F. X., âgée de 45 ans, est entrée, il y a 5 ans, dans le service de M. Lélut, comme atteinte d'hystérie.

Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'enfants; depuis 3 ans, elle n'est plus réglée; elle porte à la région hypogastrique une tumeur du volume du poing, qui a attiré son attention, il y a 6 mois environ, alors qu'elle était grosse seulement comme une forte noix.

Elle présente en même temps des attaques d'hystérie qui reviennent irrégulièrement tous les huit, quinze jours, un mois, et aussi bien la nuit que le jour, sans affecter une marche régulière dans leur durée. Les symptômes principaux de ces attaques sont : une chute que la malade peut quelque-

fois éviter, un cri qu'elle pousse au commencement de l'attaque, puis des convulsions générales, mais beaucoup plus fortes à gauche qu'à droite.

Il y a de fréquents étourdissements dans l'intervalle. La santé générale est assez bonne, du reste; la raison est droite; les organes des sens ont conservé leur activité. Il n'y a rien du côté de l'hérédité. (Les renseignements sont tirés d'une note prise sur l'état de la malade au bout d'un an de séjour dans le service. Les années suivantes, elle est restée dans le même état).

Ce qui va suivre a été observé par moi depuis le mois de janvier.

Il y a cinq mois, nous fîmes passer cette malade à l'infirmerie, et nous observâmes chez elle l'ensemble des symptômes suivants : tumeur occupant les régions iliaque et lombaire droites, l'hypochondre droit, les régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique dépassent d'un pouce la ligne médiane du côté gauche. Les limites supérieures en sont marquées par le bord inférieur de la 6^e côte. La tumeur se dessine nettement sur les parois abdominales distendues. On peut la saisir à deux mains et la limiter parfaitement au toucher; les oscillations qu'on lui imprime prouvent qu'elle n'adhère pas aux tissus environnants; la malade elle-même la sent remuer par moments.

La percussion exercée dans l'étendue des parois abdominales qui répond à la tumeur donne une matité très prononcée.

A l'auscultation, on n'entend rien de particulier. La forme de la tumeur est celle d'un ballon dont une des extrémités, l'inférieure, moins renflée que l'autre, part de la région hypogastrique, et dont l'autre extrémité, la base, arriverait à la 6^e côte.

Dans les quatre premiers mois, la malade est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation que rien ne peut vaincre.

L'abdomen est le siège de douleurs assez vives, n'offrant pas toujours le même caractère, et s'exaspérant par les mouvements imprimés à la tumeur.

On remarque encore à cette époque, mais à de longs intervalles, quelques vomissements bilieux. Les digestions sont pénibles.

On observe déjà de la gêne dans la respiration. Les efforts de toux, la voix, s'accompagnent de fatigue assez marquée.

Dans les derniers jours de février, survient un œdème du membre inférieur gauche, qui disparaît par l'effet d'une compression peu forte, mais qui ne tarde pas à revenir aussitôt qu'on en suspend l'emploi. Dans le mois d'avril, les symptômes prennent une marche plus rapide et plus alarmante : la diarrhée colliquative survient; la malade laisse aller sous elle ses urines et ses matières fécales; on ne peut arrêter son dévoiement par aucun moyen; les rejets bilieux qui se font par la bouche sont plutôt des régurgitations que des vomissements. La malade ne peut plus prendre de nourriture. La dyspnée augmente progressivement.

L'œdème du membre inférieur gauche est beaucoup plus prononcé; on remarque çà et là, et sur la jambe surtout, des taches scorbutiques. A tous ces symptômes s'ajoute, dans les derniers jours de la vie, un épanchement dans les plèvres qui augmente beaucoup la dyspnée.

La santé générale est excessivement affaiblie. Dans les quinze derniers jours de la vie, la malade est réduite au dernier degré du marasme.

Les attaques hystériques qui revenaient à des époques fort irrégulières, sont très fréquentes à partir du 27 avril. Le 27, le 28 et le 29, nous en observons deux ou trois par jour, offrant un caractère d'intensité qu'elles n'avaient jamais présenté jusque-là. Chacune d'elles n'a pas une durée semblable à une autre; le pouls, pendant l'attaque, prend un caractère plus vibrant, la face se cyanose; il y a des mou-

véments convulsifs généraux; la peau est chaude, la langue sèche; il y a une soif très vive. En un mot, malgré le coma et le marasme dans lesquels la malade est plongée, on distingue facilement alors une réaction fébrile. L'état général, l'étendue de la tumeur ne nous permettent pas d'espérer un bon résultat d'aucun moyen thérapeutique.

Les 1, 2 et 3 mai, les attaques hystériques redoublent de fréquence, d'intensité et de durée; il y en a cinq ou six par jour; *l'état de mal* est continu.

Le 4 mai, mort à 8 heures du matin.

Autopsie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve :

Le paquet des petits intestins refoulé en haut et à gauche par la tumeur, s'étendant en haut jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde; par côté, il est tassé dans l'hypochondre gauche.

La face supérieure du foie remonte jusqu'au bord inférieur de la 4^e côte.—L'estomac est aussi refoulé en haut par le paquet intestinal. Le gros intestin est distendu par des gaz.

Le rein droit est réduit à la moitié de son volume ordinaire. L'utérus et ses annexes présentent les altérations que je vais décrire :

Il y a antéversion de l'utérus qui se trouve immédiatement en arrière du pubis, et comprime la vessie dans le sens antéro-postérieur en la dépassant par en haut.

Sur le fond de l'organe est développé un kyste énorme dont j'ai donné les limites précédemment, et dont les parois ont contracté dans cet endroit une adhérence si intime avec le tissu de l'organe, qu'il est impossible de les séparer l'un de l'autre.

Les diamètres de la circonférence de la tumeur sont : dans la partie supérieure, 38 centimètres; dans la partie

moyenne, 25 centimètres; et inférieurement 10 et 7 centimètres. Elle représente donc une espèce de sphère offrant à sa partie inférieure un prolongement en forme de col rétréci adhérent à l'utérus, et dirigée de gauche à droite et de bas en haut.

Il n'y a pas d'adhérences contractées avec les parties environnantes.

Les parois du kyste sont très épaisses, très dures et formées d'un tissu fibro-cartilagineux. Elles offrent 5 ou 6 lignes d'épaisseur. A la surface extérieure du kyste, on remarque 20 ou 30 ulcérations rondes ou ovales qui intéressent sa partie superficielle, et ne pénètrent guère qu'au quart de l'épaisseur de ses parois.

De l'intérieur du kyste s'échappent deux litres et demi d'un liquide séro-sanguinolent très épais et très foncé.

D'une paroi à l'autre du kyste s'étendent des pseudo-membranes peu consistantes qui divisent l'intérieur de la tumeur en loges cloisonnées qui ne permettent pas à tout le liquide de sortir d'une seule fois. Quelques-unes de ces fausses membranes flottent dans l'intérieur et n'adhèrent que par un de leurs côtés. A la partie inférieure, elles sont beaucoup plus multipliées, offrent une consistance plus grande, n'interceptent plus que des espaces fort resserrés, et en les déchirant, on arrive à une tumeur d'une autre nature.

Celle-ci présente une forme arrondie dans sa partie supérieure, et se rétrécit brusquement. Inférieurement, elle offre le volume du poing.

Elle adhère à la partie inférieure au moyen d'un large pédicule au fond de l'utérus; puis s'évase supérieurement; comme nous l'avons dit. A la section, le tissu qui la compose crie sous le scalpel; il présente une surface lisse à la coupe; il y a çà et là des traînées blanchâtres, au milieu d'un fond gris-brun.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans cette tumeur, qui offre tous les caractères des tumeurs fibreuses, c'est une

injection très marquée d'une foule de capillaires artériels qui la parcourent dans tous les sens.

Je vais maintenant parler des rapports de cette masse d'une part, avec le fond de l'utérus, d'une autre, avec les parois du kyste.

Elle adhère intimement au fond de l'utérus par un pédicule large de 7 ou 8 centimètres ; dans le centre de cette base, il y a une excavation assez marquée.

Quant aux parois du kyste, en arrivant près de la partie la plus évasée de la masse fibreuse déjà décrite, elles se dédoublent en 3 ou 4 feuillets, qui parcourent sur les côtés de la tumeur un espace de 4 à 5 centimètres avant de l'atteindre, et qui, dans ce trajet, interceptent des noyaux de tissu fibreux plus ou moins avancés dans leurs développements, et plongés au milieu d'un liquide séreux et sanguinolent.

Chacun de ces feuillets est arrivé à un degré de consistance assez prononcé ; cependant, dans certains endroits, on les déchire très facilement ; dans d'autres, ils offrent une consistance presque fibreuse ; on y trouve encore tous les degrés intermédiaires.

Les parois du kyste ainsi dédoublées présentent dans la continuation de leur trajet une épaisseur bien moindre au niveau et au-dessous de la tumeur qu'au-dessus. L'utérus, doublé de volume, est d'un rouge brun à sa surface. Si on le coupe, il en ruisselle un sang épais, noirâtre, analogue à celui qui s'échappe de la rate. Les aréoles formées par l'entrecroisement des fibres du tissu propre de l'utérus sont élargies notablement. Après une macération de 15 jours, on peut encore faire suinter du sang de la surface de l'incision, et le tissu utérin est toujours rouge et congestionné. Sur la partie latérale gauche du corps de l'utérus se trouve une tumeur attachée à la paroi de l'organe au moyen de deux prolongements pseudo-membraneux. Cette tumeur, de la grosseur d'une forte noix, présente à la coupe tous les caractères des tumeurs fibreuses. Elle est injectée aussi. On pourrait peut-

être déduire de sa présence quelques conséquences pour la manière dont se sont formés la tumeur principale et le kyste dont elle est entourée. Il est probable que dans l'origine, les choses se sont passées de même sur le fond de l'organe. La tumeur solide a contracté plus tard des adhérences avec l'endroit de l'organe auprès duquel elle se trouvait, et les pseudo-membranes distendues par la sérosité ont formé les parois du kyste.

La trompe et l'ovaire gauches sont doubles de volume; leur surface est d'un rouge-brun très prononcé. Si on incise l'ovaire, on lui trouve aussi un tissu spongieux comme celui de l'utérus; une grande quantité de sang en suinte par la pression; ce sang présente les caractères de celui que l'on trouve dans les apoplexies.

Les ligaments larges sont épaissis, injectés. Les vaisseaux veineux et artériels sont très gros et forment saillie à la surface du péritoine, surtout du côté du bord concave de l'ovaire. En les incisant, on les trouve gorgés de sang noir. Dans la cavité de l'utérus, il y a trois tumeurs de la grosseur d'une noisette qui sont arrondies, globuleuses, rouges à l'extérieur; leur couleur est absolument semblable à celle de la muqueuse. Dans la plèvre gauche, il y a un verre d'une sérosité citrine; quelques cuillerées seulement dans la plèvre droite. De ce côté, le poumon est réduit à la moitié de son volume; son tissu ne crépite plus; il ne surnage pas dans l'eau. Il n'y a rien dans le cerveau, le cervelet et la moelle. Les méninges sont légèrement injectées.

Il y a eu évidemment chez cette malade, dans les derniers jours de la vie, une apoplexie de l'utérus et des ovaires qui a coïncidé avec une intensité extrême des attaques hystériques; avec un nombre très grand de ces attaques. D'autre part, il n'y avait aucune altération dans le centre nerveux céphalo-rachidien.

Ne pourrait-on pas, dans ce cas particulier au moins, établir un certain rapport de cause à effet entre les désordres

très marqués des organes génitaux et les symptômes aggravés de l'hystérie ?

A l'appui de mon opinion, je citerai de nombreux faits d'accidents hystériques coïncidant avec une apoplexie des ovaires rapportés par Bonnet, Vésale et Lieutaud.

M. Négrier (Recherches sur l'anatomie et la physiologie des ovaires dans l'espèce humaine) rapporte (pages 449 et suivantes), qu'il a trouvé dans 8 ou 10 cas l'apoplexie des ovaires avec les mêmes caractères que ceux que j'ai rapportés, et que chez tous ces sujets, cette altération avait coïncidé avec un redoublement des attaques hystériques qui avait amené la mort.

Il dit encore qu'il se croit autorisé à conclure de ces faits que, dans la plupart des cas, l'hystérie n'est pas une névrose, mais une maladie produite par une distension du tissu utérin, sous l'influence de l'afflux sanguin distendant les enveloppes ovariennes et réagissant sur les nerfs de l'organe.

Cancer des poumons et du foie.

Observation recueillie par M. BLEU, interne à l'Annexe.

Le 17 novembre 1845, est entrée salle Saint-Charles, no 17, (Hôtel-Dieu Annexe), la nommée Dubois Hélène, âgée de 45 ans, couturière, non mariée, toujours bien réglée depuis l'âge de 17 ans, sujette aux migraines. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie; ses parents sont morts âgés. Elle a une sœur qui est très bien portante. Elle n'avait jamais été malade, lorsqu'à l'âge de 27 ans, elle eut une maladie d'intestins pour laquelle elle garda le lit pendant cinq mois. Le traitement de cette affection, qu'elle ne peut spécifier, consista en sangsues et saignées. A partir de cette époque, jusqu'en 1842, elle fut bien portante. Au mois de mai de

la même année, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine très abondante dans les premiers tenips, qui lui dura près de deux ans et demi; et pendant ce laps de temps, elle ne passait pas cinq jours sans perdre. Seulement cette perte pendant près d'un an était à peine colorée. La santé générale n'était pas très altérée; l'appétit était conservé; l'amaigrissement était très marqué. Elle n'employa rien pour combattre cette hémorrhagie.

Au moment où cette perte cessa, au mois d'avril de 1845, la malade s'aperçut d'une grosseur siégeant à la région épigastrique. Elle éprouva aussi à ce moment des douleurs vives, lancinantes dans l'hypochondre droit. Elle fut constipée, commença à vomir; elle rendait ses aliments immédiatement après leur ingestion. Elle n'a jamais remarqué ni sang ni matière noirâtre dans les matières rendues. A des intervalles irréguliers, elle était prise de difficulté dans la déglutition.

Après cette perte, elle fut trois mois sans rien voir paraître. Au mois d'août 1845, ses règles revinrent, durèrent trois jours. Le mois suivant elle les eut encore, et depuis elles ne sont plus revenues.

Au mois de novembre, époque de son entrée, elle se plaignait de douleurs très vives correspondant à l'estomac; elle vomissait souvent; elle était très maigre, manquait d'appétit; elle était constipée.

On diagnostiqua un cancer de l'estomac.

Au mois de janvier, époque à laquelle nous vîmes la malade, elle était arrivée au dernier degré de marasme; la peau présentait la couleur jaune-paille propre à la cachexie cancéreuse. Le pouls est petit, peu fréquent, la toux souvent répétée; les crachats d'un blanc sale, s'étalant dans le vase. Constipation opiniâtre, douleur vive à la région de l'épigastre; dans l'hypochondre droit on sent des inégalités correspondant à la surface convexe du foie qui déborde les fausses côtes d'environ un travers de doigt. La matité s'étend jus-

que dans l'hypochondre gauche. Les antécédents, le siège de la douleur nous conduisent à penser qu'il y a une altération organique du foie, et peut-être de l'estomac. La constipation persiste, malgré les moyens employés pour la combattre. Les urines sont rares, le pouls est peu fréquent; la faiblesse ne fait qu'augmenter. Le 7 janvier, la malade ne peut même plus avaler ses tisanes. L'examen de la gorge n'en donne pas la raison. En introduisant le doigt assez profondément dans la bouche, l'obstacle disparaît, et la déglutition s'opère. La malade éprouve le désir de manger; mais la difficulté à avaler l'empêche de le satisfaire. La faiblesse et l'état désespéré de la malade font qu'on s'en tient à la connaissance de la maladie du foie. Le 12 janvier, sans avoir souffert davantage, elle a succombé.

Autopsie.

La maigreur du cadavre est squelettique; il n'y a d'infiltration nulle part.

Cavité thoracique. — Il y a environ une cuillerée de sérosité citrine très limpide dans le péricarde. Le cœur a son volume normal, ou est plutôt un peu atrophié; il contient très peu de sang. Les valvules et les orifices ne présentent rien de remarquable.

Le poumon droit, sauf quelques légères adhérences, est sain dans les deux tiers supérieurs. Le gauche présente à son sommet des adhérences difficiles à détruire et une caverne suffisante pour loger une grosse noisette. La partie centrale de cet organe est saine et crépitante.

C'est à la base qu'existe la lésion la plus intéressante. Il semble en effet qu'à cet endroit la substance du poumon ait disparu pour faire place à la matière cancéreuse qui est disséminée dans les portions inférieures du lobe inférieur du poumon gauche. On voit également à droite quelques points isolés, et de plus un noyau du volume d'un œuf de pigeon du

centre duquel on extrait une matière grasseuse ramollie, qui est réellement de la matière encéphaloïde. Les autres portions présentent à la coupe la résistance ordinaire du cancer, l'aspect lardacé et un peu injecté. Il existe des adhérences intimes de la plèvre pariétale avec le poumon à la base. La portion la plus malade du poumon droit est celle qui repose sur le foie, par l'intermédiaire du diaphragme qui est intact.

L'estomac est parfaitement sain, réduit seulement à de petites proportions. Le péritoine, ainsi que l'épiploon gastro-hépatique, ne présentent rien de remarquable. Le foie est plus volumineux que de coutume et présente sur sa face convexe un grand nombre de bosselures. Ces bosselures sont formées par la matière cancéreuse qui est ramollie dans quelques points. Le reste de cet organe est, pour ainsi dire, farci de cette production morbide.

Cette observation présente de curieux d'abord l'erreur de diagnostic à laquelle a donné lieu l'extension de la maladie vers le lobe gauche du foie, circonstance qui au toucher avait fait croire primitivement à une affection organique de l'estomac. Il faut noter aussi la coïncidence de l'altération cancéreuse du foie avec la même maladie existant seulement à la base des deux poumons, c'est-à-dire dans les points où ces viscères sont dans un rapport médial, le diaphragme ne participant pas à cette affection. Il me semble qu'on ne peut émettre de doutes sur la nature cancéreuse de l'altération que je viens de décrire; car on ne peut admettre qu'elle soit due à une tuberculisation à cause du siège, et pour ainsi dire, l'absence de tubercules, puisque nous ne trouverions à l'appui de cette hypothèse qu'une petite cavité au sommet du poumon gauche, et que le poumon droit ne présente aucune trace de tubercules. Nous exprimerons seulement un regret en terminant, c'est que l'état de la malade ne nous ait pas permis d'examiner les organes respiratoires, et de constater

la lésion qui existait, et dont le diagnostic n'eût certes pas été exempt de difficultés.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. DE BEAUVAIS SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

Cette observation, que M. Bleu regrette de ne pouvoir nous donner plus complète et plus détaillée au sujet de la symptomatologie et de la marche de la maladie, offre plusieurs points très dignes d'intérêt. D'abord le fait même de cancer du poumon; cette affection est en effet rare; sa première description ne date que de Bayle qui en fit une sixième espèce de phthisie pulmonaire. Mais elle a surtout été convenablement étudiée dans ces dernières années, tant au point de vue de l'anatomie pathologique, qu'au point de vue de la seméiotique. C'est à quelques médecins étrangers que nous devons ces études récentes. Parmi eux, je citerai les docteurs Heyfelder, Cowan, Stokes, C. Hughes, Taylor, et le professeur Walshe de Londres, qui, dans un excellent manuel, a parfaitement tracé le diagnostic différentiel de cette affection.

Nous retrouvons dans l'observation de M. Bleu une confirmation de ce fait, que le cancer qui se rencontre le plus communément dans le poumon, c'est le cancer encéphaloïde, se présentant sous formes arrondies, circonscrites, envahissant le plus souvent les deux organes à la fois. Enfin, nous le trouvons lié, et très probablement consécutif, comme cela a lieu ordinairement, au cancer d'un autre organe, ici, par exemple à celui du foie. — Ceci est tellement vrai que jusqu'au dernier moment, les symptômes du cancer du foie ont masqué les phénomènes qu'aurait à coup sûr offerts le cancer du poumon, s'il eût été isolé de toute autre affection. Dans ce cas particulier, le diagnostic fut tellement douteux

au premier abord, que l'on crut à une affection de l'estomac, en raison de la douleur à l'épigastre, de l'inappétence, des vomissements fréquents, de la constipation et de la maigreur de la malade. A l'autopsie l'estomac a été trouvé sain; ces phénomènes n'étaient donc que sympathiques. Les crachats n'ont rien présenté de caractéristique; ils n'ont pas offert cette couleur et cette apparence de gelée de groseillé que Stokes et Hughes ont notées.

L'auscultation et la percussion de la poitrine n'ont pas été pratiquées, en considération de l'état de faiblesse de la malade. Il est bon de dire toutefois, que le diagnostic eût été fort difficile, lors même qu'un examen minutieux eût été possible, en raison d'une petite caverne avec des adhérences existant au sommet du poumon gauche; car il est très rare que les tubercules coexistent avec une affection cancéreuse, fait heureux pour le diagnostic différentiel. — Ici, par exemple, cette idée, justifiée par l'immense majorité des cas pathologiques observés, aurait inévitablement élargi le soupçon rationnel d'un cancer pulmonaire. Nous regrettons que M. Bleu ne nous ait pas appris s'il y avait distension des veines du bras, du cou, de la poitrine et de l'abdomen; signe sur lequel insiste M. Hughes pour révéler une compression des vaisseaux intra-thoraciques. Il y a eu dans les derniers temps une dysphagie considérable, due sans doute à la compression de l'œsophage. Pour nous résumer, nous disons : en joignant l'indice capital de la diathèse cancéreuse, (la teinte jaune paille) et la maladie de la surface convexe du foie, aux signes différentiels indiqués par le professeur Walsh, c'est-à-dire, absence constante de fluctuation intercostale, résistance considérable à la percussion, matité permanente sans déplacement dans les diverses positions du tronc, intensité du souffle tracheal et de la bronchophonie, étendue considérable dans laquelle s'entendent ces phénomènes, absence de toute égophonie, transmission nette des battements du cœur; on conçoit, dis-je, qu'il eût été possible par cette voie d'ex-

clusion d'arriver au diagnostic, en ce cas, d'un cancer encéphaloïde du poulmon, coexistant avec une affection organique du foie.

Anomalie du cordon ombilical, inséré sur les membranes. Rupture d'une branche de la veine ombilicale. Hémorrhagie foudroyante. Mort de l'enfant.

Observation recueillie par M. LAMAEStre, interne à l'hôpital
Saint-Louis.

Les anomalies dans le mode d'insertion de l'extrémité placentaire du cordon ombilical sont assez communes. Ainsi quelquefois on la voit s'attacher à un des points de la circonférence du placenta qui a reçu, pour cette circonstance, le nom de placenta en raquette. Cette disposition est même beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Mais il est une autre anomalie plus rare et plus curieuse, qui porte autant sur l'arrangement et la distribution des vaisseaux du cordon que sur son mode d'implantation ; je veux parler de ces cas où l'extrémité utérine du cordon ombilical, au lieu de s'insérer sur la face fœtale du placenta, vient s'insérer sur les membranes elles-mêmes.

Il existe déjà bon nombre de faits de ce genre. Benckiser en a rapporté plusieurs dans sa thèse; celui dont on va lire la description présente cependant quelques circonstances qui le séparent de ceux déjà connus; mais là n'est pas encore la partie la plus intéressante de cette observation; ce qui lui donne une certaine importance, c'est l'hémorrhagie foudroyante et mortelle pour le fœtus que cette anomalie des vaisseaux a entraînée. Un seul fait analogue à celui-ci a été relaté dans la science. Il a été observé par Benckiser.

M. Cazeaux l'a cité dans son traité de l'*Art des accouchements* (article hémorrhagie puerpérale, page 623).

Voici maintenant le fait que j'ai recueilli à l'hôpital Saint-Louis.

Le 31 mars 1846, à 7 heures du matin, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service d'accouchement, la nommée Massa Magdeleine, cartière, âgée de 19 ans; d'une bonne santé habituellement, elle présente les caractères que l'on assigne au tempérament lymphatique. Les règles qui sont venues pour la première fois à l'âge de 40 ans, ont toujours été régulières et abondantes; mais il y a deux ans, étant allée aux bains froids alors qu'elle avait bien chaud, et que ses règles venaient de cesser, elle fit une maladie de trois mois, éprouvant de fortes douleurs dans le ventre, pour lesquelles on lui appliqua six fois des saignées. Les règles qui s'étaient supprimées pendant ces trois mois revinrent, mais depuis lors moins abondantes et moins régulières.

Il y a un an, elle a fait une fausse couche de trois mois; neuf jours avant, la malade avait fait une chute sur le siège. A son arrivée à l'hôpital, on pratique le toucher qui fait reconnaître un effacement complet des lèvres du col, et une dilatation de l'orifice d'environ 2 centimètres; le doigt constate une présentation du sommet; la poche des eaux est rompue.

Les douleurs qui ont commencé à minuit se succèdent à d'assez courts intervalles; l'accouchement se termine à une heure sans présenter rien d'anormal. L'enfant est mort, tout-à-fait décoloré; le cordon est exsangue.

L'accouchement se fait presque à sec; l'issue du placenta n'est suivie que de quelques caillots de sang; il sort dix minutes après l'enfant, et sans avoir besoin d'exercer de traction sur le cordon.

Ne sachant à quoi attribuer la mort de l'enfant (la malade n'avait pas dit un mot sur ce qui s'était passé avant son entrée, j'examinai le délivre; la distribution vicieuse des vais-

seaux du cordon me rappela tout de suite le cas de Benckiser. Prévoyant déjà ce qui était arrivé d'après le mode de rupture des membranes, je mis les pièces de côté, me réservant de les examiner avec soin plus tard. Je me rendis auprès de la malade, qui me donna les renseignements suivants :

Elle se croyait à terme, mais elle n'en était pas sûre; car pendant presque toute sa grossesse elle voyait ses règles qui n'ont manqué que dans les deux derniers mois.

Pendant sa grossesse, sa santé a été toujours excellente; elle n'a remarqué chez elle rien d'extraordinaire. La veille de son entrée, à 8 heures du soir, sans cause appréciable, son ventre s'est gonflé subitement d'une manière extraordinaire, à tel point que ses voisines lui disaient qu'elle portait au moins trois enfants. La malade n'eut ni frissons, ni syncope, et ne fut nullement influencée par ce phénomène.

Depuis ce moment jusqu'à 10 heures, l'enfant se livra à de violents mouvements convulsifs qui cessèrent tout-à-fait de se faire sentir à 10 heures.

La malade se coucha comme à son ordinaire, n'éprouvant aucun malaise, si ce n'est un peu de gêne à respirer à cause de l'énorme volume de son ventre; rien ne s'était encore écoulé par la vulve. A minuit la malade fut réveillée par une violente douleur dans les reins et dans le ventre, avec grande envie d'uriner. A peine se fut-elle mise sur le vase, qu'un flot de sang noir coagulé s'échappa par la vulve. Elle nous dit avoir perdu environ un seau de sang : quatre fois son vase de nuit fut rempli jusqu'aux bords. Cet écoulement de sang cessa tout-à-fait à 6 heures du matin, heure à laquelle les eaux pures commencèrent à s'échapper.

La malade nous fait remarquer qu'à mesure que le sang s'échappait, le volume du ventre diminuait; à son arrivée à l'hôpital, il était assez affaissé.

La malade est venue à pied à l'hôpital; elle n'éprouve point de malaise, et n'est nullement affaiblie; ce qui prouve

que cette abondante perte de sang ne venait point d'elle, mais bien du fœtus.

Examen de l'enfant, du placenta et des membranes.

L'enfant du sexe féminin est tout-à-fait décoloré; il pèse 2 kilo 50; longueur de l'occiput à la plante des pieds : 52 centimètres. Le cordon est flasque, tout-à-fait exsangne; le peu de sang qu'il contient se trouve dans les artères; la veine ombilicale est complètement vide.

Le cordon ombilical, long de 52 centimètres, présente l'anomalie suivante : au lieu de s'insérer sur la face fœtale du placenta, comme c'est l'ordinaire, il s'insère sur les membranes elles-mêmes, à 14 ou 15 centimètres du rebord placentaire. A partir de ce point, les éléments du cordon se séparent et constituent deux troncs, l'un droit, l'autre gauche, qui rampent dans l'épaisseur des membranes jusqu'au placenta. Chaque tronc est composé d'une artère ombilicale et d'une veine ombilicale; car la veine ombilicale, au point d'insertion du cordon sur la membrane, se divise en deux branches.

Tronc gauche.

L'artère et la veine qui constituent le tronc gauche marchent côte à côte dans l'étendue de 5 centimètres, sans se diviser; à cette distance seulement, la veine d'abord et puis l'artère ombilicales se divisent, et les branches, après s'être divisées elles-mêmes, arrivent sur le bord du placenta où elles se perdent en pénétrant dans son épaisseur après avoir rampé quelques instants sur la face fœtale.

L'une des branches veineuses, plus grosse que les autres, s'en sépare et se prolonge au loin dans l'épaisseur des membranes en longeant le rebord placentaire, et se rapprochant du tronc droit dont elle n'est distante que d'un pouce, au moment où elle se plonge dans le placenta.

Les rameaux veineux qui entrent dans la composition de ce tronc gauche sont privés de sang; leur parois sont affaissées; il en est de même à droite; l'artère ombilicale et ses divisions contiennent, au contraire, une assez grande quantité de sang.

Tronc droit.

Les vaisseaux qui constituent le tronc droit restent accolés et sans nulle division depuis l'insertion du cordon aux membranes, jusqu'au placenta; arrivés sur le bord du placenta, ils se séparent et commencent à se diviser en branches lesquelles, après avoir longtemps rampé sur la face fœtale, se perdent en s'enfonçant dans le placenta. La veine ombilicale, avant de diminuer sensiblement de calibre, suit un long trajet sur la face fœtale, et ne s'enfonce véritablement dans le placenta que dans le point opposé à celui par lequel elle arrive au bord de cet organe.

Cette veine et ses divisions ne contiennent pas une goutte de sang. Les membranes minces là où s'est faite leur rupture et au niveau de l'insertion du cordon ombilical, sont épaisses dans les autres points; leur déchirure s'est faite entre les deux bifurcations des vaisseaux du cordon.

Sur le faisceau vasculaire droit, à 5 centimètres de l'insertion de ce dernier sur les membranes, on aperçoit autour des vaisseaux, et principalement du côté de la veine, dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi, une coloration d'un brun-jaunâtre, s'étendant sur la face externe des membranes qui semblent ecchymosées. Cette coloration est due à du sang coagulé dont on peut enlever des lamelles de couleur briquetée assez épaisses.

Sur la moitié externe de la veine ombilicale, on trouve à la surface de sa paroi ce même dépôt de couches fibrineuses qui, soulevées dans un point, laissent voir une déchirure de la paroi veineuse, longue de 3 millimètres.

Le placenta ne présente rien d'extraordinaire; il a sa forme

circulaire habituelle; son diamètre est de 46 centimètres. Rien d'anormal soit dans la surface utérine soit dans la surface fœtale.

Lorsque je présentai la pièce qui fait le sujet de cette observation à la Société Anatomique, le 3 avril, j'étais convaincu que l'hémorrhagie qui avait été fatale à l'enfant reconnaissait pour cause la rupture des membranes, laquelle s'étant faite entre les deux bifurcations du cordon ombilical, avait amené la déchirure de la vessie; mais, depuis lors, des doutes se sont élevés dans mon esprit; et après avoir bien réfléchi, après avoir interprété les phénomènes qui se sont montrés, je pense qu'on peut expliquer cette hémorrhagie d'une autre manière.

Nous avons dit qu'à l'endroit où s'était faite la déchirure de la poche, la membrane était très mince, surtout au voisinage du faisceau droit du cordon; de plus, on a remarqué autour de la vessie un dépôt fibrineux déjà assez ferme, de couleur ocracée, qui indiquait un travail ancien, ou du moins trop avancé pour qu'il ait pu se faire dans l'espace de 46 heures; car c'est à 8 heures du soir qu'a commencé l'hémorrhagie interne, et c'est le lendemain, à 4 heures, que l'accouchement s'est terminé.

Je pense que l'hémorrhagie reconnaît pour cause une rupture de la vessie ombilicale, rupture consécutive à une affection des parois de ce vaisseau. Les cas de rupture des vaisseaux du cordon sont très rares, il est vrai; mais des hommes très recommandables dans l'art des accouchements en ont cité plusieurs exemples, qui ne permettent pas de contester leur existence. Les vaisseaux ombilicaux se déchirent quelquefois, dit M. Velpeau, mais parce qu'ils étaient préalablement malades. Le cas que je rapporte peut, je crois, être rapproché de ceux-là.

En envisageant le fait de cette manière, on se rend bien mieux compte des phénomènes qui ont été observés.

Cela n'ôte d'ailleurs rien de sa valeur et de son impor-

tance à l'observation et à la pièce que je présente à la Société; je crois, au contraire, qu'elles en acquièrent l'une et l'autre plus de prix.

De cette manière, on s'explique l'énorme volume qu'a subitement pris le ventre, sans douleur antécédente. Si la poche se fût rompue à ce moment (ce qui n'est guère admissible, vu l'absence complète de douleur), les eaux, le sang épanché auraient fait à l'instant irruption au dehors, tandis que rien de cela n'a eu lieu.

Voici, je pense, comment les choses se sont passées : la paroi veineuse déjà malade, ce qu'indiquait ce travail d'exhalation sanguine déjà avancé, qui s'est formé autour d'elle et sur la partie externe correspondante des membranes qui, à ce niveau surtout, étaient d'une grande ténacité, cette paroi veineuse, dis-je, s'est rompue subitement; d'où, à l'instant, irruption du sang de la veine ombilicale; non pas dans la cavité amniotique; car, à l'examen du délivre, l'intérieur de la poche des eaux était parfaitement lisse et ne contenait pas la moindre trace de sang, mais bien en dehors des membranes entre elles et la paroi utérine.

Ce qui nous porte à admettre cela, c'est que le travail maladif du vaisseau et la ténuité, la faiblesse des membranes, existaient à la face externe seulement, et qu'à l'examen des membranes, la surface externe du chorion a été trouvée sale, rougeâtre, comme si elle eût été trempée dans le sang. Cette hémorragie a compromis à l'instant la vie du fœtus qui est mort par anémie. Nous avons dit que de 8 à 10 heures du soir, il se livra à des mouvements désordonnés qui finirent par s'éteindre tout-à-fait à cette dernière heure. Ce sang épanché, après avoir décollé l'œuf et distendu outre mesure la matrice, a irrité alors celle-ci qui a commencé à se contracter; la première contraction et les suivantes ont eu pour premier effet l'expulsion au dehors de cet amas de sang. Ce n'est que plus tard, probablement lorsque la matrice a été débarrassée du sang qu'elle contenait, que les contractions

se continuant, ont déterminé la rupture de la poche des eaux. Tout écoulement sanguin a cessé à 6 heures du matin; c'est alors que les eaux pures, non teintées de sang, ont commencé à couler. Si la poche des eaux s'est rompue entre les deux rameaux de bifurcation du cordon, cela tient d'abord à ce que les contractions utérines se sont exercées sur ce point déclive de la poche, et puis à ce que les membranes étaient déjà fortement amincies là où elles se sont rompues.

Si la déchirure de la veine avait été produite par la rupture des membranes, on conçoit difficilement comment le vaisseau n'aurait pas été déchiré dans toute son épaisseur.

Les suites de couches ont été très heureuses; la malade est sortie très bien rétablie le 6 avril.

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. DÉSORMEAUX SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

M. Lamæstre rapproche ce fait de celui de Benckiser, cité par M. Cazeaux; mais il en diffère essentiellement. Dans le cas de l'auteur allemand, il y avait également implantation du cordon sur les membranes; mais une des branches veineuses se trouvait au-devant de la tête, et sa rupture se fit en même temps que celle de la poche des eaux. Tandis que, dans le cas qui nous occupe, comme le remarque l'auteur, rien de semblable n'eut lieu; la veine s'est ouverte avant la poche des eaux, et l'hémorrhagie a eu lieu en dehors de l'œuf, entre les membranes et l'utérus. L'auteur, après des considérations intéressantes, arrive à conclure qu'ici l'hémorrhagie a eu lieu spontanément, par suite d'une affection des parois de la veine. Telle était aussi l'opinion que nous étions prêt à adopter. Mais M. Devilliers, chef de clinique de M. Dubois, après avoir vu la pièce, nous a fait part de

l'idée suivante, qui nous paraît la plus probable. La portion lésée de la veine se trouvait au voisinage du col utérin, comme l'indiquent ses rapports avec la déchirure de la poche, la minceur des membranes et l'absence de caduque. Le vaisseau se trouvant donc adhérent au col, a dû en être séparé dès que cet organe s'est dilaté, et l'on comprend qu'il ait pu, à ce moment, être déchiré.

Pleurisie. Albuminurie. Caillots dans les veines rénales. Causes de l'albuminurie.

Observation recueillie par M. DELARUELLE.

La nommée Boulland, âgée de 26 ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entra le 2 février 1846, à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, salle Sainte-Madeleine, n° 8.

Cette femme dit n'avoir jamais eu de maladies graves dans sa vie; elle n'est point sujette aux palpitations; elle a été réglée, pour la première fois, à l'âge de 19 ans; depuis lors elle l'a toujours été régulièrement.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise, à la suite d'un refroidissement, d'un léger frisson suivi de chaleur, et d'une douleur vive dans l'hypochondre droit, s'exaspérant pendant les mouvements respiratoires et la toux qui était petite, quinteuse et suivie d'une expectoration séreuse.

L'aggravation de ces phénomènes, ainsi qu'une gêne considérable de la respiration, forcèrent la malade à prendre le lit; six jours avant son entrée à l'hôpital, elle n'a fait aucun traitement.

Le 2 février au moment de son entrée, elle présente l'état suivant :

Visage coloré, contrastant avec une teinte jaune paille de l'ovale inférieur.

La malade est inclinée sur le côté droit de la poitrine, le décubitus du côté gauche ne pouvant point être supporté ; il cause une gêne considérable de la respiration, qui est à 24 par minute. La chaleur de la peau est élevée, le pouls est petit, mou et à 100.

La résonnance de la poitrine est normale dans le côté gauche en avant et en arrière; elle est normale également en avant et à la moitié supérieure et postérieure droite, faible à la moitié inférieure postérieure et latérale.

En avant la respiration est bonne des deux côtés, et à gauche en arrière.

En arrière et à droite, elle est puérile dans la moitié supérieure du poumon, très faible dans la moitié inférieure, sans souffle bronchique, et avec un froissement pleural très prononcé, surtout pendant les fortes inspirations. Retentissement de la voix un peu aigre, sans œgophonie.

La moitié du cœur est dans ses limites normales; le premier bruit un peu prolongé, sans souffle notable, le second bien frappé.

Le crachoir contient quelques crachats séreux. La toux est petite, quinteuse, pleurétique. La langue est un peu rouge à sa pointe, saburrale au milieu.

Le ventre souple, indolent même à une forte pression; point de gargouillement, point de dévoisement. Les urines sont claires, non bulleuses; elles ne précipitent point par l'addition de l'acide nitrique ni par la chaleur.

Après cet examen le diagnostic a été porté dans les termes suivants :

Pleurésie affectant la moitié inférieure postérieure droite, sans épanchement notable.

Une saignée de trois palettes, tisane gommée.

Le 3 février, la malade dit se trouver dans le même état, à part une légère diminution de la douleur et de l'oppression. Persistance de la faiblesse de la résonnance à la moitié postérieure inférieure droite, avec respiration distincte. Persistance du froissement pleural, dans l'inspiration seulement; rien de bien notable dans les autres organes, le pouls est à 96, mou.

Le caillot de la saignée est passablement rétracté, d'une consistance faible, recouvert d'une couenne d'une épaisseur moyenne; mais ferme et résistant.

Une application de ventouses scarifiées à la partie postérieure et inférieure droite de la poitrine, pour obtenir trois palettes de sang; cataplasme après les ventouses; orge sirop de gomme, deux pots; julep avec sirop d'opium 20 gram.

Le 4 février la malade se trouve mieux, la douleur de côté a diminué, et la respiration est plus libre. En arrière et à droite la résonnance est meilleure, la respiration est distincte, sans froissement pleural, mais un peu faible encore; la voix est comme brisée. Les crachats séro-muqueux. La chaleur de la peau presque normale. Le pouls à 80-84.

Les urines un peu chargées ne déposent nullement par l'addition de l'acide nitrique; les rondelles des ventouses sont réunies en une masse formant un caillot de consistance glutineuse. Sérosité non rougie. Sirop de gomme, julep, diète.

Le 5 février le pouls est un peu plus fréquent; il est à 88-92. La respiration en arrière à droite un peu moins distincte avec un léger froissement pleural.

Idem. Vésicatoire à la partie postérieure inférieure droite de la poitrine.

Le 6 février, à part la douleur du vésicatoire, la malade se trouve bien; le froissement pleural a disparu, et la respiration est très distincte; le pouls est à 80 seulement.

Idem. Sécher le vésicatoire, un bouillon.

Les jours suivants, la malade allait de mieux en mieux;

la respiration était revenue à son état normal, à part un peu de faiblesse, la résonnance était bonne.

Le 14, elle est mise à une portion.

Le 17 février, le matin elle se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen, et de constipation; elle n'a point été à la selle depuis quatre jours; le pouls reste à 80.

Deux verres d'eau de Sedlitz, bouillon aux herbes. Deux bouillons, deux potages.

Le 20 février, elle se plaint depuis quelques jours de douleurs vagues dans l'abdomen, surtout dans la région sus-ombilicale; elle digère mal, et ce matin elle dit avoir les pieds enflés; enflure qui existe déjà depuis trois ou quatre jours. *Aucune douleur dans la région des reins.*

Les urines sont pâles, d'un aspect légèrement visqueux, *précipitant très abondamment, en blanc, par l'acide nitrique et la chaleur. Le précipité n'est point soluble dans un excès d'acide nitrique.*

La pression abdominale est mal supportée, par la maladie, surtout un peu au-dessus de l'ombilic.

Le membre inférieur gauche est plus enflé que le droit.

Le gonflement siège surtout autour des malléoles où il y a de l'œdème. En arrière et à gauche de la poitrine, faiblesse de la respiration sans souffle, avec un léger froissement pleural; le pouls est à 90-92.

Après l'examen on ajoute au diagnostic :

Albuminurie abondante, avec léger œdème des membres inférieurs.

Sirop de gomme, vésicatoire à la partie postérieure inférieure gauche de la poitrine, une portion, vin, lait.

Le 21 février, la malade continue à se plaindre d'un malaise général, dans tout l'abdomen, surtout dans la partie supérieure, et d'une nouvelle douleur dans le côté gauche de la poitrine; la respiration de ce même côté, en arrière et en bas, est faible, et la résonnance bonne.

Les urines conservent les mêmes caractères que la veille;

elles deviennent fortement bulleuses par l'agitation; l'*acide nitrique* donne un précipité *blanc*, qui par l'agitation donne aux urines l'*aspect de lait*. Ce précipité ne se dissout nullement dans un excès d'acide.

Les membres inférieurs, surtout le gauche, sont œdématisés autour des malléoles, où l'empreinte du doigt persiste.

Même traitement.

Le 25 février, les urines conservent les caractères déjà décrits; elles sont décolorées, bulleuses, précipitant par l'acide nitrique.

L'œdème des membres inférieurs est plus marqué, mais peu considérable; on constate de la matité dans les parties les plus déclives de l'abdomen. Point d'anasarque.

La face est bouffie; la malade continue à se plaindre de douleurs vagues dans tout l'abdomen, avec anxiété très marquée. Les cataplasmes landanisés ne calment point son malaise abdominal; la pression est assez bien supportée; le pouls est à 100, petit, filiforme, misérable.

Idem, une portion.

Les jours suivants, mêmes phénomènes; la malade dépérit de plus en plus; la peau devient flasque; la malade continue à accuser dans l'abdomen mille et mille douleurs qu'elle ne peut ni bien fixer ni bien caractériser. Point de douleurs lombaires; les urines sont toujours fortement albumineuses.

Le 7 mars, mêmes phénomènes que les jours précédents. L'albuminurie est très abondante, l'œdème des membres inférieurs est plus marqué. Dans la nuit, la malade a éprouvé une grande anxiété; elle a vomi, à trois ou quatre reprises, un liquide verdâtre.

Idem. Une portion.

Le 9 mars, gêne plus grande de la respiration. On constate en arrière, à gauche, de la matité et de la faiblesse dans la respiration. Mêmes phénomènes pour les urines. Quelques vomissements verdâtres hier et aujourd'hui.

Plus tard la malade est prise d'un dévoiement considéra-

ble, et de vomissements répétés, mais peu abondants. L'aluminurie a toujours continué dans le même état.

La malade est morte le 1^{er} avril 1846.

Autopsie 24 heures après la mort.

Bouffissure du visage, œdème des membres inférieurs; rigidité cadavérique peu marquée. Point d'escharres.

Cavité thoracique.

Le poumon droit est partout adhérent à la plèvre costale, par des brides celluleuses peu résistantes et faciles à rompre. La cavité pleurale ne contient point de sérosité; le tissu pulmonaire est rougeâtre, et ne présente aucune induration; plongé dans l'eau, il surnage.

La plèvre gauche contient une petite quantité de sérosité sanguinolente. Vers la partie inférieure et latérale de la plèvre, ainsi qu'à celle du poumon correspondant, on trouve quelques pseudo-membranes grisâtres infiltrées de sérosité; point d'adhérence nulle part. Le tissu pulmonaire un peu dense en bas, à cause de la compression produite par l'épanchement. Le reste du tissu pulmonaire est parfaitement sain; point de sérosité dans la cavité du péricarde.

Le tissu du cœur est flasque; point d'imbibition de l'endocarde. Les cavités et les orifices du cœur sont comme à l'état normal, ainsi que les valvules et les parois de cet organe. Rien de notable pour l'aorte.

Cavité abdominale.

On trouve dans l'excavation du petit bassin, à peu près un demi litre de sérosité. L'épiploon est infiltré de sérosité et comme macéré. L'estomac contient une petite quantité d'un liquide blanc comme du lait étendu d'eau; sa muqueuse

est décolorée et ramollie. La tunique péritonéale est aussi ramollie et se déchire à la moindre traction; la tunique péritonéale du reste du tube intestinal est ramollie.

La membrane muqueuse, facile à enlever avec le scalpel ou avec l'ongle, se déchire facilement; elle ne présente rien autre de remarquable.

Les ganglions mésentériques sont sains.

Le foie est, au moins, d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal; il est d'un aspect jaunâtre granuleux; à la coupe il est complètement vide de sang, et la coloration jaune prédomine. Rien de notable pour la vésicule biliaire.

Les ramifications de la veine-porte ont été examinées; elles ne contenaient point de caillots sanguins, pas même de sang. Le pancréas est sain.

La rate est très volumineuse; elle est au moins trois fois plus grosse qu'à l'état normal; elle est d'une couleur noirâtre. Sa consistance est très augmentée; son tissu est dense et présente l'aspect du saucisson de Lyon; il faut faire un grand effort pour le déchirer.

Reins et circulation rénale.

Les reins sont, au moins, deux fois plus volumineux qu'à l'état normal; le gauche est plus volumineux que le droit.

En disséquant les veines rénales et la veine cave inférieure, on trouve qu'un caillot fibrineux commençant à deux pouces au-dessus de la jonction des veines iliaques, va jusqu'aux veines émulgentes, et se prolonge à un pouce dans la veine cave.

Ce caillot existe sur la paroi gauche de la veine cave abdominale, où il adhère à la partie la plus supérieure; là, l'adhérence est intime avec la paroi interne de la veine, et on ne peut point le détacher. Ce caillot est lisse et poli par sa face droite, qui forme la paroi gauche de la veine; aussi le tuyau veineux est formé là, à droite, par les parois veineuses, et à gauche par ce caillot fibrineux.

La veine émulgente droite est gonflée, résistante, mais moins que la gauche; elle contient dans son intérieur un caillot adhérent au premier, mais qui n'adhère nullement aux parois veineuses qui sont blanches et sans aucune imbibition.

En disséquant les veines dans le tissu même du rein, on trouve que des caillots blanchâtres les oblitérent, mais sans dégénérescence ni des veines ni des caillots, car on peut facilement les retirer; plus on pénètre dans la substance du rein, plus les caillots deviennent noirs et friables.

On ne trouve rien de notable ni dans les calices ni dans les bassinets de ce rein.

La substance rénale ne présente aucune granulation ni à sa surface ni à son intérieur; elle est décolorée, jaunâtre, comme graisseuse; point de vascularisation anormale. Le tissu rénal n'est point ramolli.

La capsule fibreuse s'enlève avec une grande facilité; elle n'est nullement injectée. La veine émulgente gauche est volumineuse; elle est comme une corde dure; elle est complètement oblitérée par des caillots fibrineux ayant déjà subi une profonde altération dans leur substance; ils sont comme du putrilage, un peu plus consistants cependant, et d'une couleur grisâtre.

Les caillots adhèrent aux parois veineuses qui sont épaissies et comme fibreuses. En suivant les ramifications de la veine, dans le tissu rénal, on les trouve oblitérées, dans une assez grande étendue, par des caillots qui sont friables et grisâtres. Les veines elles-mêmes un peu friables. Les calices et le bassinet sont parfaitement intacts, ainsi que les uretères.

La capsule fibreuse du rein s'enlève avec facilité; elle est blanche sans aucune trace d'injection, point de ramollissement de la substance rénale, qui est pâle, décolorée, un peu jaunâtre, présentant, jusqu'à un certain point, la coloration

du foie gras. L'artère rénale est libre et saine, ainsi que celle du côté opposé.

Le caillot, indiqué au commencement, commençant par la veine cave, remonte aussi un peu plus haut que les veines émulgentes, et dans cette portion est accolé aux parois de la veine; mais on peut le détacher. La veine-porte est complètement libre, et a été suivie assez loin dans le tissu du foie; on n'y a pas rencontré de caillots.

La veine cave inférieure est libre en haut. Les veines iliaques, ainsi que les crurales, sont parfaitement libres et contiennent très peu de sang.

CONSIDÉRATIONS.

L'observation concernant la pièce que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société, est une observation rare et très curieuse sous plusieurs points de vue; je me bornerai à en signaler les plus intéressants.

L'albuminurie (je me sers à dessein de cette expression), maladie assez fréquente et malheureusement fatale, a beaucoup occupé les pathologistes; mais jusqu'à ce jour la science ne possède point la solution du problème de la nature intime de cette affection.

Cette maladie a beaucoup exercé la sagacité de M. Rayer; mais sa doctrine est loin de satisfaire à toutes les circonstances.

L'albuminurie, qui exprime la présence de l'albumine dans les urines, est liée, dans l'immensité des cas, avec des granulations dans la substance rénale, et alors elle est synonyme de la maladie de *Bright*.

Ainsi, d'après la majorité des cas, en constatant l'albuminurie dans les urines, on remonte aux reins, et on croit devoir trouver une affection granuleuse, dans les différentes phases qui sont si exactement décrites par M. Rayer.

Je laisse de côté la pathogénie de ces granulations, dont

l'origine, pour M. Rayer, réside dans une inflammation; il n'est pas de mon sujet d'examiner la question sous ce point de vue.

D'après l'ordre suivi dans le diagnostic, de voir dans l'albuminurie une maladie de Bright, on devrait, dans l'observation qui nous occupe, affirmer que les reins étaient affectés de cette maladie; mais l'autopsie vient nous apprendre que la lésion n'était pas celle que l'on pouvait supposer; ainsi, là, pas une granulation, pas de trace de la maladie de Bright.

Cette intéressante autopsie, tout en éliminant l'idée d'une affection granuleuse, nous donne la clef et l'explication de certaines albuminuries; c'est précisément ce que nous nous sommes efforcé de trouver.

Nous avons rencontré une oblitération complète de la veine émulgente gauche, et une oblitération incomplète de la veine émulgente droite; par conséquent une gêne de la circulation veineuse, celle des artères se faisant bien.

Les belles recherches de M. le professeur Bouillaud, sur l'oblitération des veines, nous ont clairement expliqué les ascites par oblitération des veines abdominales; tout le monde sait qu'un obstacle à la circulation produit l'œdème.

Venons à nos reins, organes chargés d'une sécrétion communiquant avec le dehors, et recevant une grande quantité de sang; ce sang arrivant par les artères, et ne pouvant retourner par les veines, doit stagner dans le tissu rénal; mais cette stagnation, tout en produisant une légère augmentation de volume, met le rein dans les conditions du péritoine, quand il y a eu obstacle à la circulation abdominale, ou de tout autre organe dont la circulation est gênée: or, dans tous les cas il se fait une exhalation de sérosité qui produit l'œdème des organes pourvus de tissu cellulaire; et des épanchements dans les cavités séreuses.

Dans le rein, qui est un organe sécréteur, qui a des conduits particuliers, cette exhalation, car évidemment il s'en

faisait une, passait là où allait la sécrétion rénale, et comme elle arrivait dans la vessie, les urines contenaient ce sérum : et voilà le mécanisme de l'albuminurie, sans en chercher ailleurs la cause.

Passons à un second point de vue ; nous avons trouvé des veines oblitérées, soit complètement soit incomplètement ; et nous nous demandons quelle est l'origine de cette oblitération.

La pièce qui fait le sujet de cette observation ne laisse rien à désirer sur la solution de cette question ; car nous trouvons des caillots fibrineux adhérents, quelques uns altérés ainsi que les parois des veines qui les contiennent.

L'altération des parois veineuses, l'altération et l'adhérence des caillots ne se rencontrant que dans des cas d'inflammation, nous sommes obligé de conclure que c'est une phlébite qui a produit les accidents que nous observons ; mais quel a été le point de départ ; quelle en a été la cause ? Nous l'ignorons ; mais elle ne doit dater qu'à partir du moment où la malade a ressenti quelque chose, du côté de l'abdomen, coïncidant avec l'albuminurie.

CONCLUSIONS.

1° D'après ce que nous venons de noter, l'albuminurie n'est point une maladie toujours identique, ou pour mieux dire, elle n'est point une maladie ; mais bien un symptôme qui pourra se rattacher à plusieurs maladies, et non pas seulement à l'altération granuleuse des reins ; (nous voulons parler ici de l'albuminurie qui dure longtemps, produit les accidents de Bright).

2° L'oblitération des veines indiquées est due à une phlébite.



BULLETIN N° 10 (Octobre 1846).

RÉDIGÉ

Par MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRAUVEILHIER,
DÉSORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POMET, RICHARD, THIBAUT ET
A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

- A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Ostéomalacie; fractures, consolidation remarquable de l'une d'elles. — 2. Apoplexie cérébrale ventriculaire. — 3. Dysenterie chronique. — 4. Kyste hydatique suppuré du foie. — 5. Cancer de la verge. Opération. Récidive. Cachexie cancéreuse. Tumeurs pulmonaires; cancer. — 6. Pleurésie chronique. Coloration noire des poumons. Tumeurs pulmonaires; tubercules? Ossifications des lymphatiques pulmonaires. — 7. Môle hydatique dans l'utérus; placenta altéré. — 8. Rein et uretère uniques; deux capsules surrénales. — 9. Hernie inguinale externe étranglée par le collet du sac. Cordon spermatique contournant le collet en dehors. Hémorrhagie pendant l'opération, par suite de la section de l'artère spermatique. — 10. Origine de la corde du tympan. — 11. Phlébite des veines cave inférieure, iliaques et fémorales. — 12. Apoplexie de la rate dans un cas de fièvre typhoïde compliquée de phénomènes intermittents. — 13. Tumeur pédiculée de la base de la langue, mobile se portant sur l'ouverture supérieure du larynx; mort par asphyxie. Cancer? — 14. Rein unique à cheval sur la colonne vertébrale.
- B. *Hernie formée par une partie des viscères abdominaux contenus dans une poche située dans la cavité thoracique gauche, par suite du refoulement du diaphragme dont la structure anatomique est modifiée (observation).* — Des hernies diaphragmatiques. (Rapport et discussion.)
- C. *Chancro phagédénique diphthéritique inguinal, avec lésion des os du bassin et ulcérations intestinales.*
- D. *Tumeur tuberculeuse du cervelet. Méningite cérébro-spinale. Hémorrhachis et compression de la moelle épinière.*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. M. Thibault montre des pièces fort remarquables d'altération profonde des os, prises sur un homme de quarante-deux ans, bi-

joutier, mort ces jours derniers à la Pitié, dans le service de M. A. Bérard. Cet homme, bien constitué extérieurement, un peu lymphatique, jouissant d'une bonne santé habituelle, avait eu quelques maladies vénériennes, des chaudes-pisses, des chancres suivis de bubons et de quelques symptômes généraux, qui ont été traités méthodiquement par Cullerier et d'autres médecins. Il y a de trois à quatre ans, il fut pris de faiblesse générale et de douleurs dans les membres, revenant par fois la nuit ; ses amis firent la remarque que son corps se courbait, et un médecin consulté conseilla trois ou quatre cautères à la région dorsale, ce qui n'apporta guère de soulagement. Un jour, en passant sur le Pont-Neuf, au moment où il descendait un trottoir, il fut poussé par un homme ivre, tomba, et se fractura l'humérus droit à la partie inférieure. Il entra à l'Hôtel-Dieu, où il séjourna dans les services de M. Breschet et de M. Blandin, et il en sortit bien guéri de sa fracture au bout de trois à quatre mois. Pendant ce séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade fut soumis à l'examen d'un des concurrents pour le bureau central, M. Voillemier, dont le diagnostic, portant une fracture de la partie supérieure de l'humérus, donna lieu à diverses contestations. La fracture guérie, le malade n'était pas entièrement rétabli, car, il y a dix-huit mois, il fut repris de nouveau d'une faiblesse telle qu'il ne pouvait plus se tenir que couché, et que, quatre jours avant sa rentrée à l'hôpital, il se fractura la cuisse dans un faux mouvement, en se mettant sur un pot.

A son entrée à l'hôpital, au mois d'avril 1845, il ne présentait rien de bien notable dans son état général, et cependant il semblait qu'il y eut quelque chose de spécial dans son état, car, lorsqu'on faisait mouvoir l'un sur l'autre les fragments de l'os fracturé, on les sentait mous et ne produisant pas une crépitation franche. On soupçonna une altération des os, et M. Thibault fut confirmé dans ce soupçon, parce qu'en pressant sur les deux épines iliaques antéro-supérieures, il pouvait les rapprocher un peu.

Le malade est resté depuis à l'hôpital, présentant des lésions de plus en plus caractérisées. Les cuisses commencèrent par se déformer et finirent par prendre chacune une double courbure en S, la première courbure supérieure à convexité externe, la seconde inférieure à convexité interne. Les os des jambes tendirent à se fléchir aussi, et on fut obligé de les maintenir par des appareils. Par

le moindre effort, on pouvait les fléchir, et l'on y sentait des craquements. Les mêmes phénomènes se manifestèrent aux membres supérieurs. Les épines iliaques s'écartèrent notablement ; la poitrine diminua aussi au point que, sur la fin, elle n'avait que 25 centimètres d'épaisseur antéro-postérieure. Le malade était maintenu constamment sur un lit mécanique, pour qu'on pût artificiellement lui faire exécuter quelques mouvements sans danger. Il est mort au milieu de ces phénomènes.

A l'autopsie, on a trouvé une altération de tout le système osseux. Un seul fémur a été examiné, c'est le gauche. On y voit une disparition complète de la substance calcaire, surtout à la partie moyenne. Il est impossible d'enlever les muscles environnants sans enlever en même temps le périoste, qui est épaissi et rougeâtre ; et, au-dessous, on ne trouve rien, qu'une grande cavité remplie d'une bouillie rouge, sanguinolente, analogue à celle qu'on retire de la rate par la pression. Les cartilages d'incrustation sont intacts ; seulement ils sont détachés et isolés, comme, au reste, dans les autres articulations. Le fémur présente d'ailleurs un raccourcissement considérable dû aux deux courbures déjà observées pendant la vie. Les deux humérus offrent la même altération à un degré un peu moindre ; tous deux sont fracturés à leur partie inférieure et non consolidés. L'humérus gauche, où la fracture de l'extrémité supérieure avait donné lieu à des discussions lors du concours du bureau central, a été le siège d'une fracture positive, remplacée aujourd'hui par un cal épais et considérable, remplissant la cavité médullaire près du col anatomique, aussi solide et aussi résistant d'ailleurs qu'il pourrait l'être sur un os sain d'un homme robuste, particularité fort curieuse pour des os aussi profondément altérés. — Les os des avant-bras et des jambes sont également altérés. Sur un tibia, il y a aussi une fracture, mais il n'est pas sûr qu'elle n'ait pas été produite après la mort ; car ces os sont si fragiles là où il reste un peu de substance osseuse, que le moindre effort les plie et les brise. La colonne vertébrale n'a pas été examinée, mais elle ne paraissait pas déviée.

Les poumons étaient engorgés, sans traces de tubercules.

M. Bouchardat, qui a analysé les urines pendant la vie du malade, n'y a rien trouvé.

M. Thibault demande comment ces os pourront être conservés.

On en a envoyé de pareils, il y a trois ou quatre ans, aux procureurs de Clamart, qui n'ont pas pu les conserver.

Plusieurs membres sont d'avis que la conservation se ferait bien dans de l'alcool peu étendu d'eau.

2. M. *Viallet* présente une apoplexie cérébrale, provenant d'une vieille femme, âgée de 72 ans, morte à la Salpêtrière, dans le service de M. Barth, remplacé en ce moment par M. Fauvel. Cette femme, d'une constitution moyenne, mangeant beaucoup et buvant avec excès, se portait assez bien, sauf qu'elle avait une jambe un peu faible, qu'elle était gênée pour marcher, et que cette gêne a augmenté dans les derniers jours. Dans les derniers temps aussi, sont survenus quelques étourdissements, de la douleur de tête et de la constipation; la malade se plaignait de crampes dans les jambes. Un jour, après un fort repas, au moment où elle se trouvait auprès de son lit, elle est tombée tout-à-coup et a éprouvé quelques mouvements convulsifs. Transportée de suite à l'infirmerie, elle était dans un état de prostration complète; peau froide, pouls petit et fréquent, respiration stertoreuse, insensibilité, pas de réponses aux questions, paupières abaissées, pupilles immobiles, médiocrement dilatées, émission involontaire des urines; pas de contracture. L'interne de garde appelé trouva la malade tellement mal, qu'il prescrivit des révulsifs seulement. Le lendemain matin, à la visite, tous ces phénomènes persistent; la malade est couchée sur le dos; pas de contracture; figure inanimée; bouche déviée à gauche; écume à la bouche; la malade fume la pipe. La malade est morte pendant la visite. À l'autopsie, on ne trouve rien ailleurs qu'à l'encéphale; dont les ventricules sont remplis par une hémorragie considérable, qui est partie du ventricule gauche pour passer de là dans le ventricule moyen dont elle a soulevé le plancher, et puis dans le ventricule latéral droit. Il n'y a d'altération de la substance nerveuse que dans le ventricule gauche dont la paroi interne est ramollie évidemment par un travail plus ancien que l'hémorragie, quoique pas trop ancien. Le sang de ces foyers est récemment et à demi-coagulé.

3. M. *Viallet* fait voir aussi deux pièces de dysenterie chronique chez des vieilles-femmes.

La première provient d'une femme de 72 ans, très-grasse, sujette à des excès de table et surtout de boissons, qui avait depuis

longtemps des selles liquides, sanguinolentes, avec efforts et ténesme, et qui est morte au milieu des phénomènes de la prostration la plus grande; dans les deux derniers jours, il n'y a pas eu de selles sanguinolentes. Le traitement employé a été composé, dès l'abord, de purgatifs, lorsque le diagnostic n'était pas encore bien porté, puis d'astringents et d'opiacés. A l'autopsie, on trouve une légère hypertrophie du cœur. Tout le gros intestin est criblé d'ulcérations irrégulières, qui deviennent tellement abondantes vers l'anus, que presque toute la face interne du rectum est une vaste ulcération. Les ulcérations s'étendent aussi vers la partie inférieure de l'intestin grêle, sous forme d'érosions superficielles, dont le pourtour est rouge et injecté. Les ulcérations sont toutes anciennes, et la plupart sont comblées par des fausses-membranes dures. Les tuniques du gros intestin sont notablement épaissies, et le tissu cellulaire sous-muqueux est induré.

4. La seconde pièce est analogue, sauf que les ulcérations existent surtout vers le rectum, et ne s'étendent pas à l'intestin grêle, qui n'est pas injecté.

5. M. *Dagincourt* fait voir un kyste hydatique suppuré du foie, provenant d'une femme de 32 ans, morte à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Serres. Elle était venue dans ce service pour une douleur dans la région du foie, survenue huit jours auparavant, à la suite d'un coup que son mari lui avait donné dans cet endroit. Avant cela, elle ne s'était aperçue de rien; mais, depuis le coup, il était survenu une douleur vive et un gonflement notable de l'hypochondre, qui firent présumer une inflammation du foie, malgré l'absence d'ictère et de phénomènes pathologiques plus particuliers du côté des voies biliaires et gastriques. Malgré un traitement antiphlogistique régulier, les phénomènes continuèrent; dans les derniers jours, la fluctuation était si manifeste au niveau de la tuméfaction, qu'on appliqua un caustique pour détruire successivement, couche par couche, la paroi abdominale. La malade est morte subitement, sans que rien ait pu donner la raison d'une mort aussi subite. — A l'autopsie, on trouve le lobe droit du foie envahi en grande partie par un kyste contenant plus d'un litre et demi de pus mêlé de débris d'hydatides. Dans ce kyste extérieur, à parois épaissies et adhérentes au foie, on en trouve un autre à parois molles et peu résistantes, du volume d'une orange et qui est rompu.

MM. Maillot et Lunier font remarquer que le lobe droit du foie est à peine détruit, qu'il est déformé, et qu'il est aisé de le retrouver au-dessous de la tumeur.

6. M. Deville fait voir des portions de poumon d'un individu dont il a déjà montré la verge cancéreuse à la société, dans le courant de l'année. Cet homme, âgé de 27 ans, tailleur de pierre, né d'une famille saine, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies syphilitiques, entra, au mois de mars dernier, dans le service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi, pour un cancer de la verge, compliqué d'un engorgement ganglionnaire, probablement cancéreux, de l'aîne gauche. Le mal avait débuté deux ans auparavant, à la suite d'un coup violent reçu sur la verge; le prépuce se tuméfia, devint noirâtre et dut être incisé. La plaie devint le siège de végétations qui nécessitèrent l'excision du prépuce, mais repoussèrent peu à peu, en sorte que le médecin, M. Gaudon du Blanc (Indre), qui soignait le malade, envoya celui-ci à Paris. Lors de l'arrivée du malade, la presque totalité du fourreau, le gland et une partie de la verge étaient occupés par une surface irrégulière, anfractueuse, très-étendue, toute couverte de fortes végétations sécrétant un liquide purulent d'une odeur fétide. On aurait pu volontiers croire à des végétations, mais on était détourné de cette idée par la présence d'un léger engorgement ganglionnaire roulant, mobile, du volume d'une noisette, placé dans l'aîne gauche. Il aurait pu s'agir aussi de quelque manifestation syphilitique tuberculeuse ou autre, ulcérée et végétante, ainsi qu'on en a déjà vu des exemples. Et, malgré le peu de raison qu'on avait d'adopter cette origine de la maladie, vu le manque d'antécédents et vu l'aspect assez caractérisé de la lésion, M. Ricord prescrivit un traitement mercuriel et ioduré. Au lieu de s'améliorer, la maladie ne fit qu'empirer rapidement; des douleurs vives se montrèrent, en même temps que la surface cancéreuse devint le siège d'hémorrhagies abondantes qui réduisirent le malade à un état anémique très-irritable; l'engorgement ganglionnaire inguinal s'accrut surtout rapidement, et la tumeur, de mobile qu'elle était, devint adhérente aux tissus voisins, de manière à faire craindre l'impossibilité d'une extirpation. L'opération se trouvait être la dernière planche de salut pour le malade; malgré une vive répugnance, M. Ricord s'y décida. Elle fut pratiquée à la fin d'avril, et fut des plus laborieuses; ce ne fut que par fragments qu'on put

enlever le ganglion cancéreux, dont le centre était réduit à l'état d'un putrilage purulent, et dont la face postérieure s'unissait intimement aux vaisseaux fémoraux ; les corps caverneux durent aussi être resséqués dans leur racine, couche par couche, avec des ciseaux courbes, car leurs aréoles étaient remplies, là où l'extérieur paraissait sain, d'une pulpe jaune grisâtre, molle, fournissant par la pression un suc trouble analogue à du suc cancéreux. Pendant les premiers jours, tout se passa très-bien ; il n'y eut aucun accident, même fébrile ; les plaies devinrent vivement bourgeonantes, et commencèrent à se cicatriser avec rapidité par seconde intention. Tout faisait espérer une guérison, lorsqu'au bout d'un mois, on vit s'élever, du fonds des plaies, des bourgeons irréguliers, de mauvaise nature, en même temps que les parties voisines devenaient dures. Il ne resta plus de doute sur la répullulation d'un cancer auquel il n'y avait plus désormais rien à faire. Pendant tout le mois de juin, l'état général est resté excellent, quoique le cancer ait toujours gagné localement. Mais, dans le mois de juillet, les forces ont commencé à baisser, l'appétit a disparu, le malade a commencé à s'inquiéter, il a senti des douleurs reparaitre dans le cancer récidivé, mais il ne s'est plaint jusqu'à la fin de souffrir de nulle autre part ; la peau de tout le corps a pris une teinte jaune paille terreuse, qui a augmenté peu à peu ; sur le soir, se montrait un mouvement fébrile sans frissons ; deux hémorrhagies, survenues par les surfaces cancéreuses, ont augmenté la faiblesse, et le malade est mort dans une prostration complète, sans trop d'amaigrissement, le 15 juillet.

A l'autopsie, on trouve la région inguinale et la région pubienne occupées par un cancer encéphaloïde bien caractérisé, de même nature que les tumeurs extirpées par l'opération. La veine fémorale et les veines voisines, bien que placées intimement en rapport avec la masse cancéreuse, sont tout-à-fait saines. A part les poumons, tous les autres organes paraissent sains. En ouvrant la poitrine, on trouve dans les deux plèvres, surtout à la partie postérieure, un épanchement peu abondant d'un pus épais mêlé à quelques pseudo-membranes molles et flottantes. La plèvre pariétale, dans quelques-uns des points qui correspondent aux tumeurs des poumons dont il va être question, offre des points inflammatoires, rougeâtres, avec injection vasculaire, recouverts de pseudo-mem-

branes, dont quelques-unes sont imbibées de pus. Ces points enflammés, qui paraissent être le point de départ du produit de sécrétion purulente contenu dans les plèvres, sont arrondis et limités exactement par l'étendue des tumeurs auxquelles ils correspondent et qui leur sont plus ou moins intimement adhérentes. Sur toute l'étendue des deux poumons, se trouvent éparses de petites tumeurs du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, au nombre de quarante à cinquante, sphériques, arrivant toutes sans exception à la surface du poumon, par un point de leur circonférence; là, elles sont aplaties un peu et soulèvent la plèvre pulmonaire avec laquelle elles se confondent. Leur teinte, d'un noir grisâtre, et leur disposition rappellent très-bien, à part leur volume un peu plus considérable, certains abcès métastatiques du poumon. Si on les incise, on les trouve formées, pour la plupart, d'une substance d'un gris noirâtre en apparence organisée, d'une consistance cérébelleuse, parcourue de vaisseaux et dans quelques points, de petits tuyaux qui ressembloient à des canalicules bronchiques; la pression en fait sortir un suc épais et sale. D'autres sont formées de la même substance, mais réduites à un état complet de putrilage épais, glutineux. Dans quelques-unes, le putrilage, toujours épais et glutineux, a pris une teinte grise jaunâtre, comme s'il y avait mélange d'une grande quantité de pus. Toutes ces tumeurs, sans exception, sont entourées d'un kyste jaunâtre, ferme, résistant, bien organisé, confondu avec la plèvre pulmonaire là où il la touche, et séparant totalement le produit morbide du tissu voisin qui est intact. Une seule de ces tumeurs a le volume d'une grosse noix.

On ne peut guère trouver de lésions anatomiques dont l'interprétation soit plus difficile à faire que celle de ces tumeurs pulmonaires. Laisant de côté les tubercules auxquels il n'y a pas à songer ici, ces lésions peuvent être rapportées à trois causes: une pneumonie chronique, une diathèse purulente, ou le cancer.

Une pneumonie chronique produisant des lésions pareilles, n'est guère acceptable. Dans les conditions pareilles à celles du malade, ce fait serait unique dans son genre. Et d'ailleurs, comment faire concilier avec l'existence d'une pneumonie, la disposition et le petit volume des tumeurs, leur enkystement et l'état parfaitement sain des tissus au voisinage?

Il n'y a donc à hésiter qu'entre des abcès de diathèse purulente et des tumeurs cancéreuses.

M. Ricord et quelques autres personnes penchent en faveur des abcès. Il est extrêmement rare, si même cela a été vu, que le cancer du testicule détermine la formation de tumeurs cancéreuses dans les poumons; il se porte plutôt dans les reins. L'aspect de plusieurs des tumeurs enkystées pulmonaires rappelle assez bien de vrais abcès. Puis celles de ces tumeurs qui sont superficielles ont les apparences des abcès dits métastatiques, et ont déterminé du côté de la plèvre des lésions et un épanchement très analogues à ceux qu'on retrouve avec ces abcès.

M. Deville ne croit pas cependant qu'on doive se ranger à cette opinion. Selon lui, les tumeurs du poumon sont de vrais cancers. L'objection tirée de ce qu'on n'aurait pas encore vu le cancer pulmonaire survenir après un cancer du testicule, tombe assez naturellement devant le fait de la rareté réelle du cancer pulmonaire en général. Si l'on réfléchit d'ailleurs, sans aller jusqu'à l'exagération, à l'analogie qui existe entre le développement chez le fœtus de l'appareil respiratoire et de l'appareil génital, on serait assez volontiers porté à concevoir la possibilité du développement simultané ou consécutif du cancer dans ces deux appareils. Laisant de côté ces considérations, on voit que le malade n'a présenté aucun des phénomènes si constants de l'infection purulente, surtout pas le moindre frisson. Pendant un mois après l'opération, le malade allait bien, et dans les deux mois qui ont suivi, il avait une santé générale excellente en apparence, tandis que son cancer repullulait aux organes génitaux. Il n'y a eu ni phlébite, ni varicelle, ni fièvre éruptive ou typhoïde, etc., en un mot, aucune des maladies connues comme pouvant produire la diathèse purulente. Jamais ces abcès d'infection purulente n'ont ressemblé aux tumeurs pulmonaires du malade; ces kystes épais et résistants, cette accumulation dans leur intérieur d'une substance d'abord grise noirâtre, puis grisâtre et molle, fortement visqueuse; leur volume général, tout en un mot, s'éloigne des caractères des abcès purs.

Tout au contraire, se rapproche des caractères du cancer, et en particulier du cancer encéphaloïde. Les tumeurs dures ressemblent à du cancer; les tumeurs ramollies ont aussi une grande analogie avec certains encéphaloïdes suppurés et en voie de ramollissement. Ces tumeurs se sont développées chez un individu qui a offert les signes les plus avancés d'une cachexie cancéreuse. Quant

à l'état de la plèvre, il est tout aussi aisé de le comprendre à la suite de cancers pulmonaires superficiels que de toute autre lésion.

M. Pigné et plusieurs autres membres de la Société déclarent partager la même opinion à cet égard.

7. M. Dupouy fait voir les poumons d'un journalier âgé de 51 ans, mort à l'hôtel-Dieu dans le service de M. Chomel, où il était entré pour une pleurésie. Ce malade avait déjà eu, il y a trois ans, une pleurésie pour laquelle il avait resté pendant six semaines dans le service de M. Honoré, et dont il paraissait s'être assez bien rétabli. La pleurésie nouvelle qu'il présentait dans ces derniers temps, occupait les deux tiers inférieurs de la plèvre gauche; il y avait matité, oëgophonie, dyspnée considérable, au point que le malade ne pouvait s'asseoir seul; œdème du membre thoracique gauche. Le malade est mort il y a deux jours. À l'autopsie, on trouve une pleurésie chronique droite avec adhérences; la pleurésie gauche, caractérisée par la présence d'une grande quantité de liquide séro-purulent, occupe les deux tiers inférieurs de la plèvre gauche. Le sommet du poumon droit est occupé par une cicatrice. Une bonne partie des poumons, surtout vers les sommets, a perdu son caractère crépitant; on sent par la pression à l'extérieur que le tissu est entremêlé de masses dures, presque comme du cartilage, irrégulières, ayant des formes polygonales mal circonscrites, nombreuses. Tout autour des bronches se remarquent également des ganglions volumineux, comme de petites noix elliptiques, durs à la pression. Si l'on incise le tissu pulmonaire, on retrouve à l'intérieur les mêmes caractères qu'à l'extérieur; seulement tout le tissu est imbibé d'une substance d'un noir mat, sèche, qui est combinée avec le tissu en apparence, qui ne s'écoule pas par la pression, et qui est tellement accumulé au niveau des parties dures déjà signalées, qu'il est impossible de trouver à ces parties une structure bien déterminée; on y retrouve une sorte de substance uniforme, non granulée, ferme et noire. Cependant au niveau du sommet droit, il y a un point où cette substance dure amassée en assez grande quantité, est ramollie à sa partie centrale et paraît après l'enlèvement de la partie ramollie, former là une sorte de caverne. Les ganglions bronchiques présentent la même altération; seulement leur tissu, également dur partout, présente un mélange irrégulier de teinte noirâtre et gris-jaunâtre, qu'on pourrait prendre pour l'aspect de la tache signalée dans les cas de mélanose.

Une particularité bien remarquable se voit tout du long des lymphatiques superficiels des poumons ; ces lymphatiques, dans presque toute leur étendue, sont le siège d'un dépôt crétacé, sec et cassant, qui paraît occuper l'épaisseur de leurs parois, et dans quelques points, s'étendre un peu au tissu cellulaire circumvoisin. — M. Dupouy pense que le nerf pneumo-gastrique gauche est comprimé par les ganglions bronchiques tuméfiés ; mais un examen attentif, fait par M. Hérard, démontre qu'il n'y a pas réellement compression, et que l'état si commun du nerf pneumo-gastrique n'a pu être pour rien dans la production des symptômes observés.

Comme M. Dupouy présentait cette pièce sous le nom de mélanose, M. Deville dit que ce n'est pas là du tout cette altération, en tant que désignant un cancer mélanique. Les deux états que présentent les poumons et les ganglions sont deux faits indépendants l'un de l'autre, et qui se sont combinés ici. La matière noire est bien évidemment indépendante de l'épaississement dur, puisqu'elle existe par tout le poumon, même dans les points qui ont le plus conservé leur caractère crépitant. L'épaississement dur est indépendant aussi de la matière noire, puisqu'il y a des points dans les ganglions, où il existe sans elle. Quant à la nature de ces deux lésions, elle est difficile à déterminer. Cependant si l'on observe que les deux sommets des poumons sont surtout attaqués, qu'il y a une cicatrice manifeste au sommet droit, et au-dessous, comme un commencement de formation de caverne, que les ganglions dans les points où la coloration noire n'existe pas, ont tous les caractères des ganglions tuberculeux, M. Deville pense qu'il y a lieu de se décider pour une lésion tuberculeuse plutôt que pour toute autre. Il y a sous ce rapport un rapprochement très curieux à établir ici entre le tubercule pur, le tubercule passant à l'état crétacé, et l'état crétacé si remarquables des lymphatiques pulmonaires, qu'on observe sur cette pièce ; ce rapprochement paraît très intéressant, surtout lorsqu'on voit les relations nombreuses qui existent entre les tubercules et les lésions du système lymphatique, relations si fréquentes que certains médecins ont voulu, bien à tort attribuer la tuberculisation à une maladie de ce système.

M. Bonnet n'émet pas d'opinion sur la nature de la lésion présentée par M. Dupouy, mais n'est pas porté à accepter l'opinion de

M. Deville. La matière noire et le tubercule n'ont pas d'habitude une tendance à se mêler; tout au contraire, quand les deux existent simultanément, on voit la matière noire rester à l'extérieur, ou bien ne pénétrer dans la masse tuberculeuse que le long des filons de tissu cellulaire ou autre non envahi encore par le tubercule. M. Moutard Martin fait remarquer aussi que la même disposition est fréquente autour des tubercules qui occupent les sommets des poumons.

8. M. Lamaestre montre un utérus contenant une môle hydatique assez considérable, provenant d'une femme de 27 ans, morte à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Malgaigne. Cette femme n'avait jamais joui d'une bonne santé; elle était toujours mal réglée; elle avait eu déjà deux enfants, le dernier il y a 20 mois, et tous deux sont morts depuis trois mois; lors de son entrée à l'hôpital, elle n'était pas réglée, et il y avait trois semaines que le ventre avait commencé à grossir rapidement, de manière à acquérir le volume du ventre d'une femme enceinte de 8 mois; pendant les quinze derniers jours de ces trois mois, la malade avait été prise de pertes de sang et de coliques. Parfois les seins devenaient volumineux et durs. Lors de son entrée, elle présentait assez de signes de grossesse pour qu'on se crût fondé à l'admettre; l'utérus était volumineux et rond, placé dans l'abdomen; le col utérin difficile à atteindre parce qu'il était très remonté, était un peu entr'ouvert. On a pratiqué une saignée qui a diminué les pertes provisoirement. Mais dans la nuit, il est arrivé un écoulement de sang tellement considérable, que la malade profondément affaiblie est morte le lendemain. — À l'autopsie, l'utérus volumineux a une circonférence transversale de 60 centimètres, et une circonférence verticale de 66 cent.; il présente à l'extérieur le développement, l'aspect musculaire et les autres caractères de l'utérus dans la grossesse. Les sinus utérins sont bien développés. La face interne de l'utérus est lisse, excepté dans un endroit de 7 à 8 centimètres de diamètre, où cette face interne présente des éraillures s'enfonçant entre des muscles et des ouvertures vasculaires absolument semblables à celles qu'on trouve d'habitude sur l'utérus après le décollement d'un placenta. La cavité utérine est en grande partie occupée par une môle hydatique libre, dans laquelle l'examen le plus superficiel montre comme éléments les plus essentiels, les éléments bien posi-

tifs d'un placenta; ces éléments sont dissociés plus ou moins et entremêlés d'un grand nombre de cavités que limite une membrane transparente, molle et très fine, comparable par sa nature à une caduque très mince. Ces cavités sont incomplètement remplies d'un liquide séreux légèrement visqueux, analogue au liquide amniotique. Il est difficile d'isoler quelques-uns de ces kystes, à cause de leur mollesse, et parce que leur extérieur se continue intimement avec le tissu séreux qui entre dans les éléments du placenta. — Toute la mole est entourée d'une lame très mince, cellulo-séreuse et transparente.

Cette pièce vient, suivant la remarque de M. Depaul, à l'appui de l'opinion de M. Velpeau qui rapporte les moles, dites à tort hydatiques, à des altérations du placenta.

M. Depaul regrette que dans le cas actuel, on n'ait pas songé à l'auscultation. Outre le pari qu'on aurait pu tirer pour le diagnostic, on aurait encore obtenu quelques éléments pour la discussion d'une question non résolue pour quelques personnes, mais résolue pour M. Depaul, à savoir si le souffle utérin peut se produire dans d'autres conditions que la grossesse. Il croit que dans le cas de M. Lamaze, comme dans tous les cas de tumeurs volumineuses développées à l'intérieur de l'utérus, il devait y avoir souffle utérin.

M. Mailliot trouve que l'existence d'un bruit de souffle dans des conditions autres que la grossesse, dans le cas de tumeurs utérines par exemple, n'est pour personne l'objet d'un doute.

M. Depaul, fait observer qu'il ne s'agit pas ici d'un souffle quelconque entendu dans la cavité abdominale, mais du souffle utérin. Mais M. Mailliot ne trouve pas cette distinction bien réelle; ces deux bruits, selon lui, n'en font guère qu'un, et il demande à M. Depaul sur quels caractères il se fonde pour les distinguer.

M. Depaul qui a déjà traité cette question dans sa thèse en 1839, soutient la distinction de ces deux bruits; ce qui différencie le souffle utérin des autres bruits de souffle, c'est l'absence d'un battement antérieur. Tous les cas de développement de l'utérus, comme par des tumeurs fibreuses où il y a développement des vaisseaux utérins, produisent le bruit de souffle utérin comme la grossesse.

M. Mailliot persiste dans sa manière de voir, et il est soutenu par MM. Hérard, de Castelnau et Bonnet qui n'ont pas constaté

d'habitude le battement antérieur et caractéristique dans le bruit de souffle entendu dans les conditions ordinaires de chlorose ou d'autres cas.

9. *M. Boulland* montre les organes urinaires d'un garçon d'un an, mort dans le service de M. Baron à l'hospice des Enfants-Trouvés. Le rein droit, qui occupe sa place régulière, est deux ou trois fois plus volumineux que d'habitude. Il n'y a pas de rein gauche; mais il y a une capsule surrénale, comme du côté opposé. On ne trouve qu'un seul uretère se rendant au bas fonds de la vessie. Il y a deux testicules, deux vésicules séminales, et bonne conformation de tous les autres organes doubles.

10. *M. Wickam* fait voir une pièce provenant d'un homme de 68 ans, mort dans le service de M. A. Bérard à la Pitié, à la suite d'une opération de hernie étranglée. Cet homme avait une hernie inguinale externe droite, qu'il portait depuis l'âge de 48 ans, l'ayant toujours mal maintenue par de mauvais bandages. Il y a huit jours, il est entré dans la soirée à l'hôpital, pour des accidents d'étranglement qui dataient de trois heures. Les premiers efforts de taxis pratiqués immédiatement furent infructueux; mais on obtint la réduction après un bain et une saignée. Trois à quatre jours après, le malade ayant voulu ôter lui-même son appareil, la hernie est ressortie, et tous les moyens employés, bains, lavements de tabac, taxis, etc., ne purent la faire rentrer. M. Gosselin, qui remplace en ce moment M. Bérard, s'est décidé à opérer. Le sac ouvert, un premier débridement a été pratiqué en dehors; comme il ne suffisait pas, il a fallu inciser une seconde fois en haut et en dehors. A ce moment, on a vu s'échapper de la première incision un jet de sang artériel, et comme on ne réussissait pas à isoler l'artère pour la lier, M. Gosselin a dû passer un fil à travers les tissus au moyen d'une aiguille courbe, et faire ainsi une ligature en masse qui a bien arrêté l'hémorrhagie. Le malade est mort de péritonite trois jours après.

A l'autopsie, on constate d'abord que la hernie est bien inguinale externe; l'artère épigastrique intacte est bien en dedans du collet herniaire. L'étranglement était positivement produit par le collet du sac et non par les anneaux fibreux. La disposition la plus remarquable est celle du cordon spermatique qui, placé d'abord en dedans du collet du sac, se contourne autour de lui, de manière à

venir se placer derrière lui, puis dessus, et puis en dehors, en sorte que pendant le débridement, le bistouri est venu blesser l'artère spermatique. Tous les éléments du cordon sont bien groupés ensemble, nullement dissociés. Dans le milieu de la longueur du sac, se voit une sorte de rétrécissement qui indique que le sac a dû se former en deux fois, suivant la théorie assez connue aujourd'hui, de la formation des sacs multiples.

11. M. Gros a cherché à étudier une particularité anatomique fort circonscrite et cependant très importante, l'origine réelle de la corde du tympan. L'opinion généralement admise aujourd'hui que ce nerf viendrait directement du facial est erronée et démentie par les faits. Selon M. Gros, il faudrait en revenir à l'ancienne opinion d'Hippolyte Cloquet qui veut, avec d'autres anatomistes, faire provenir la corde du tympan du nerf vidien. — Une pièce anatomique disséquée sur le cheval, vient confirmer, suivant M. Gros, son opinion. M. Gros ne présente pas de dissection faite sur l'homme, bien qu'il croie y avoir observé la même chose ; mais chez l'homme les détails sont si fins, qu'il est douteux qu'on puisse arriver à une démonstration parfaite. M. Gros pense cependant qu'à cause de nombreuses analogies, il sera permis de conclure du cheval à l'homme pour ce fait. Sur la pièce présentée, qui est un rocher de cheval macéré d'une manière notable dans l'acide nitrique, on voit le nerf facial et son coude au niveau duquel il reçoit le nerf vidien. M. Gros a réussi à séparer celui-ci tout du long du facial, auquel il ne serait qu'accolé, et à le continuer presque intégralement avec la corde du tympan. Dans un léger effort fait sur ces nerfs par M. Gros pour bien montrer la pièce aux personnes présentes, la corde du tympan se déchire aussitôt, près de son origine apparente.

M. Deville déclare que, selon lui, la pièce de M. Gros n'est rien moins que concluante. Il y a là une fausse apparence qu'il est facile de créer avec le scalpel, et l'on voit encore sur le prétendu cordon qui conduirait intégralement ou à peu près la corde du tympan au nerf vidien, les traces des déchirures qu'il a fallu opérer pour séparer artificiellement ce cordon du nerf. — Ce qui a pu tromper M. Gros, c'est que, suivant toutes les probabilités, la corde du tympan, tout en ayant sa racine essentielle dans le nerf facial, reçoit néanmoins quelques filets du nerf vidien. Ce dernier nerf,

en effet, très-complexe dans sa nature, renferme des filets sympathiques, des filets moteurs, qui vont du facial au ganglion sphéno-palatin, et aussi des filets sensitifs qui, de la cinquième paire se portent au nerf facial pour en faire déjà un nerf mixte, nerf composé à la fois de fibres sensitives et de fibres motrices. Dès ce moment tous les rameaux que fournira désormais le facial seront mixtes aussi, et comme la corde du tympan ne naît pas loin de l'adjonction du nerf vidien au facial, il sera possible chez de grands animaux, dont le nerf facial offre peu de courbure, de démontrer par la dissection de petits filets nerveux allant du nerf vidien à la corde du tympan. Il n'en est pas moins certain que la corde du tympan a son origine essentielle sur le nerf facial, et est essentiellement un nerf moteur.

M. Gros couvient que sa pièce actuelle a macéré dans un liquide trop fortement acide, et n'est pas très concluante. Mais il demande acte de sa présentation et s'engage à porter d'autres pièces qui démontreront la réalité du fait avancé par lui sur l'origine de la corde du tympan.

12. *M. Saintis* présente la veine cave inférieure et les veines iliaques d'une vieille femme de 70 ans, morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. Prus, où elle était entrée pour de violents maux de tête consécutifs à une chute faite sur le front, il y a de cela trois semaines. Cette malade n'avait ni ascite, ni phthisie pulmonaire, ni cancer, ni néphrite albumineuse; elle n'avait pas eu de fièvre typhoïde dans ces derniers temps. Lors de son arrivée à l'infirmerie, elle présentait un œdème très-prononcé aux jambes, sans aucune douleur. A l'autopsie, on trouve le cœur et les poumons sains. La veine cave inférieure, à trois travers de doigt au-dessous des veines rénales, commence à être oblitérée par des caillots qui la remplissent et la dilatent; ces caillots descendent dans les veines iliaques et la presque totalité des veines fémorales. Ils sont presque tous mous, noirâtres, plus fermes près des parois veineuses auxquelles ils adhèrent par places d'une manière assez intime. Quelques-uns en petit nombre commencent à se décolorer; ils sont plus fermes, semblables à de la fibrine. Les parois veineuses non hypertrophiées, sont colorées en une teinte rouge-vif uniforme, surtout où elles sont en contact avec des caillots; cette teinte devient foncée, noirâtre, là où il y a des adhérences avec les caillots.

13. *M. Richard* montre une apoplexie de la rate provenant d'un homme de 22 ans, mort à la suite d'une fièvre typhoïde, dans le service de *M. Briquet* à la Charité. Il ne peut pas donner de renseignements sur ce malade, traité d'abord par *M. Andral*, puis par *M. Briquet*, parce qu'il ne l'a vu que le jour de sa mort, vingt-quatrième jour de la maladie. Il sait seulement qu'on a observé des frissons revenant d'une manière assez régulière, et qu'au début de la maladie, on a éprouvé quelque difficulté pour bien établir le diagnostic différentiel entre une fièvre intermittente et une fièvre typhoïde. — On voit à la surface de la rate une tache blanche très-marquée, molle, sous laquelle on trouve un foyer considérable, régulier, hémisphérique, rempli d'une substance solide, molle et grisâtre, qui a tous les caractères de la fibrine. Dans d'autres points de la rate, on trouve une foule d'autres foyers vraiment sanguins, formant tous les intermédiaires depuis un foyer rouge plus ou moins noirâtre de sang peu altéré, jusqu'au foyer grisâtre et fibrineux. De ces foyers, les uns sont mous, les autres plus durs.

M. Deville fait remarquer l'importance de cette pièce fort rare. Depuis quelque temps, l'attention des médecins, éveillée par les faits observés dans les services de *MM. Kapeler, Rayer* et *Piorry*, se porte sur les complications des fièvres typhoïde et intermittente, l'une par l'autre. Cette étude n'a encore été faite d'une manière exacte que relativement aux symptômes généraux, et par *M. Piorry* relativement aux changements de volume de la rate. Quant à l'anatomie pathologique, elle a besoin d'être examinée avec soin, et sous ce rapport le fait de *M. Richard* mérite le plus grand intérêt. Ces recherches intéressent autant la pratique que la théorie; il semblerait résulter en effet des observations de *M. Kapeler*, consignées récemment par *M. Champéaux* dans sa thèse, que le sulfate de quinine si préconisé contre la fièvre typhoïde, ne réussit que dans les cas de complication avec une fièvre intermittente.

M. Piégn regrette que les antécédents ne soient pas connus, pour pouvoir comparer ce cas à ceux des animaux de la Sologne qui présentent si souvent des apoplexies de la rate; ces animaux, on le sait, sont pris d'une perte subite de connaissance, et tombent comme foudroyés.

M. Maillot dit que les exemples de faits analogues à celui de *M. Richard* sont rares; cependant il en existe dans lesquels les hé-

morrhagies se sont faites ailleurs que dans la rate, sous la peau par exemple, ainsi qu'il en a vu.

14. *M. Goblet* apporte une pièce qui est du nombre des cas rares; c'est une tumeur encéphaloïde pédiculée de la base de la langue, qui a produit la mort par asphyxie, en s'appliquant sur l'ouverture du larynx, chez un jeune paysan de 23 ans. Ce jeune homme d'une famille saine, toujours bien portant, a commencé en juin 1845, à éprouver un peu de gêne pour avaler; cette gêne augmenta, et au bout de huit mois, il était survenu à l'isthme du gosier une tumeur que l'on sentait avec le doigt. Un jour, cette tumeur s'ouvrit et laissa sortir un morceau de chair et une matière sanguinolente. Plus tard, le malade a arraché avec son doigt recourbé en crochet, une portion de la tumeur qui a été examinée; et a paru être de l'encéphaloïde. Le malade est entré dans le service de *M. Velpeau* à la Charité. Il avait une teinte jaune sale de toute la peau; du côté droit de la base de la langue, on voyait proéminer une tumeur dont on ne pouvait pas bien apprécier l'origine. On crut d'abord devoir employer la sonde œsophagienne pour introduire des aliments qui purent bientôt passer seuls, surtout à gauche. Rien n'annonçait un danger immédiat, lorsque le malade s'est plaint de suffoquer tout-à-coup; il porte le doigt dans le fond de sa bouche pour déplacer la tumeur suivant son habitude lorsqu'elle le gênait; ne pouvant pas réussir, il est pris d'un accès de colère, jette son bonnet par terre, et tombe mort aussitôt. L'interne de garde appelé est arrivé cinq minutes après, il a déplacé la tumeur de dessus le larynx, mais il n'a pu rappeler le malade à la vie.

On ne peut pas juger aujourd'hui de la nature de la tumeur défigurée par la macération dans l'alcool. C'est une masse irrégulièrement sphérique, du volume d'une grosse noix, implantée par un pédicule étroit sur la base de la langue, près du repli arythéno-épiglottique droit. Le pédicule ne pénétre pas l'épaisseur de la langue. Tout autour, il n'y a aucune trace de gonflement ou d'autre altération.

15. *M. Mailliot* aurait voulu nous faire voir deux reins réunis par leur partie inférieure de manière à se placer sur la colonne vertébrale comme une seule masse à concavité supérieure, qu'il a observés en ville sur un homme de trente ans. Le fait est analogue à celui dessiné dans *Bartholin*, sauf que dans ce dernier il y avait

quatre capsules surrénales, tandis que dans celui de M. Mailliot, il n'y en avait que deux.

M. de Castelnau fait observer que ces faits sont assez communs.

Hernie formée par une partie des viscères abdominaux contenus dans une poche située dans la cavité thoracique gauche, par suite du refoulement du diaphragme dont la structure anatomique est modifiée.

Observation recueillie par M. Charles BOULLAND, interne provisoire.

L'enfant qui fait le sujet de notre observation était du sexe masculin, et était âgé de quatre mois; il fut mis à l'hospice des enfants trouvés, et le 23 février 1846, il entra dans le service de M. Baron.

A son entrée, cet enfant notablement amaigri, peu développé pour son âge, s'est présenté dans l'état suivant : langue recouverte d'un enduit muqueux à la base; ventre un peu météorisé, diarrhée verdâtre, (faisant présumer l'existence d'une entérite peu grave); aucun bruit anormal à l'auscultation. Quelques jours après, il entra en convalescence; mais au bout de deux semaines, il rentra dans la même salle, le 22 mars 1846, l'état général ne présentant pas d'amélioration; car l'amaigrissement était toujours très prononcé.

En examinant le thorax, nous le trouvâmes déformé à sa partie antérieure; la région épigastrique était très déprimée; les cartilages costaux au lieu de faire suite aux côtes, étaient comme luxés en dedans, et produisaient, par cette direction vicieuse, une dépression plus forte à gauche qu'à droite, où elle existait à peine; la dyspnée était considérable, et l'enfant toussait avec beaucoup de difficulté.

En l'auscultant, nous entendîmes du râle sous-crépitant

dans toute l'étendue des deux poumons à leur partie postérieure, et rien en avant; la percussion donnait un peu de matité à droite, ainsi qu'au sommet du poumon gauche, mais, à partir de la fosse sus-épineuse du même côté, jusqu'à sa base, la sonorité était très grande, et aussi prononcée, pour ne pas dire plus, que dans l'emphysème pulmonaire. Les jours suivants, jusqu'au 25, il ne se présentait rien de particulier; mais à partir de ce jour, la dyspnée augmenta, les ailes du nez se dilataient beaucoup à chaque inspiration, et en même temps, on remarquait que la paroi abdominale, au niveau de la région épigastrique, remontait pour ainsi dire derrière la base du thorax. Jusqu'au 29, ces symptômes persistèrent; alors l'enfant fut pris d'une diarrhée verdâtre, de toux, et nous constatâmes du râle crépitant au sommet du poumon gauche, et dans toute l'étendue du poumon droit. En arrière, la sonorité était toujours parfaite dans le côté gauche de la poitrine. Les jours suivants, un bruit de souffle avait remplacé le râle crépitant qu'on entendait cependant encore dans certains points, et l'enfant eut en même temps un peu d'aphonie, qui persista jusqu'à la mort, le 2 avril.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Cavité thoracique. — Les deux poumons présentaient à la partie postérieure de la pneumonie lobulaire arrivée à la deuxième période; en avant ils étaient parfaitement crépitants. La muqueuse laryngée et bronchique était saine. Ce qui me frappa tout d'abord, ce fut de voir la cavité thoracique gauche envahie presque complètement par une poche du volume du cœur d'un adulte, qui s'élevait jusqu'au niveau du troisième espace intercostal, et qui avait refoulé le lobe supérieur du poumon gauche, tout-à-fait au sommet de la poitrine, tandis que le lobe inférieur du même poumon était, ainsi que le cœur, dévié à droite de la ligne médiane. Cette

tumeur se laissait affaisser par la pression; mais abandonnée à elle-même, elle revenait bientôt dans sa première position, à l'instar d'une tumeur anévrysmale.

Cavité abdominale.— L'intestin grêle et le foie ne paraissaient avoir subi aucun déplacement; mais en écartant les circonvolutions intestinales, et en les tirant en bas, je reconnus qu'une partie de ces anses était engagée dans cette espèce de sac herniaire, et après les avoir écartées, je vis parfaitement bien l'estomac logé complètement dans cette poche; sa position était verticale suivant son grand axe; sa grosse tubérosité répondait à la partie la plus élevée de cette cavité; sa grande courbure regardait en dehors; à gauche de l'estomac se trouvait une partie du colon transverse et du colon descendant; quant à la rate, elle avait suivi complètement l'estomac dans son déplacement; elle était accolée derrière la grosse tubérosité de l'estomac, et répondait médiatement au niveau des articulations de la deuxième et troisième côtes avec la colonne vertébrale.

Cette poche s'affaissa aussitôt après en avoir retiré ces organes, et je reconnus qu'elle était formée par le péritoine et par la plèvre; ces deux séreuses étaient si intimement unies, qu'il me fut impossible de les séparer; leur adossement formait une membrane peu épaisse, transparente, au niveau de laquelle les fibres musculaires du diaphragme manquaient complètement et n'existaient que dans l'endroit où cette poche se continuait avec la partie diaphragmatique droite et au niveau du pilier gauche du diaphragme; à cet endroit, en effet, on voyait quelques fibres d'apparence musculaire, très minces, divisées en petits faisceaux qui se perdaient bientôt sur la poche en question; entre la plèvre et le péritoine ainsi adossés, je vis quelques ramifications des veines diaphragmatiques.

L'ouverture par laquelle les viscères pénétraient dans la poche était circulaire et avait cinq centimètres de diamètre. Le fond de la poche présentait un peu plus d'étendue, et était

sensiblement dilaté. Au niveau de l'ouverture, on voyait très distinctement la séreuse de l'abdomen pénétrer dans la poche sans ligne de démarcation, comme on voit la muqueuse palpébrale se réfléchir sur le globe oculaire, à cela près de la coloration qui était dans la poche, tout-à-fait semblable à celle du dehors.

Il est probable que cette espèce de sac herniaire, qui a dû se produire insensiblement, aurait envahi toute la cavité gauche de la poitrine, et refoulé devant elle tout le poumon gauche, si l'enfant avait vécu plus longtemps; car alors l'antagonisme du diaphragme et des muscles abdominaux n'existant plus, et l'aponévrose ainsi que les fibres musculaires du diaphragme étant absentes dans cette partie, les deux séreuses ainsi accolées ne pouvaient plus contrebalancer les efforts de contraction de la paroi abdominale, d'où il est résulté que les organes que nous avons énumérés ont été poussés insensiblement dans cette cavité accidentelle.

La muqueuse intestinale était dans un état d'intégrité parfaite, ainsi que les autres organes.

Les rapports des cartilages avec la poche à laquelle ils adhéraient, nous expliquent comment ces cartilages ont pu en quelque sorte se luxer en dedans. En effet, à chaque expiration, la poche remontant dans la poitrine attirait en haut les cartilages costaux, et il résultait de cette traction la dépression qu'on remarquait pendant la vie sur la poitrine de l'enfant. Ce qui milite en faveur de notre explication, c'est l'absence de ce phénomène à droite, où les parties se trouvaient dans leur disposition habituelle.

Il résulte de cette observation, qu'on pourrait reconnaître pendant la vie, un pareil déplacement des organes abdominaux, d'abord à la direction des cartilages costaux, à la sonorité et au manque du bruit respiratoire dans une partie du côté gauche du thorax, et, en dernier lieu, à la déviation du cœur à droite, car ces sortes de déplacements ont toujours été observés à gauche.

Des hernies diaphragmatiques.

Rapport de M. RICHARD.

Parmi les affections chirurgicales, il en est peu dont l'histoire soit aussi avancée que celle des hernies. Les travaux de J. L. Petit, de Scarpa, de Richter, d'A. Cooper, et plus près de nous, les recherches de MM. J. Cloquet, et Malgaigne ont jeté tant de lumière sur cette partie de la pathologie, qu'il semble aujourd'hui fort difficile d'ajouter à leurs livres quelques pages inédites. Et cependant, l'investigation de nos maîtres n'a point pénétré dans tous les coins d'une question aussi vaste; et pour n'en donner ici qu'une preuve, nous dirons qu'elle a laissé fort incomplète l'histoire des hernies diaphragmatiques.

Ces hernies sont rares, et cette rareté nous explique comment la plupart des auteurs anciens, au lieu de les étudier comme une maladie à part, les ont considérées comme des choses merveilleuses, (*res mira!* s'écria Fantoni), comme des faits exceptionnels et en dehors du domaine de la chirurgie. Percy lui-même, après en avoir rapporté quelques cas dans son article diaphragme du dictionnaire en 60 volumes, s'excuse presque de s'arrêter à ces *singularités*, qu'il se contente d'énumérer purement et simplement, préférant donner, dit-il, à la place d'un corps de doctrine, une série d'observations dans lesquelles la maladie se trouvera représentée comme en autant de tableaux. Il faut arriver à Cooper et à Boyer, pour rencontrer ce corps de doctrine si dédaigneusement refusé par Percy, et encore, l'histoire que ces deux auteurs ont faite de la hernie diaphragmatique, laisse-t-elle beaucoup à désirer, tant à cause des lacunes qui s'y rencontrent, que des erreurs qui s'y trouvent promulguées.

Je n'ai pas la prétention de donner ici une monographie complète de cette espèce de hernie. La nature de nos rap-

ports ne comporte certainement pas un travail de ce genre. Ayant à vous rendre compte d'une observation que vous a présentée M. Boulland, j'ai comparé cette observation avec celles que j'ai pu rencontrer dans les auteurs; et de cet examen comparatif, j'ai tiré quelques généralités que je prends aujourd'hui la liberté de vous communiquer.

« Parmi les hernies diaphragmatiques, les unes sont congénites, les autres sont accidentelles.

« L'observation de M. Boulland appartient à la première espèce; les viscères abdominaux avaient pénétré dans la cavité thoracique gauche, en refoulant le péritoine, le diaphragme et la plèvre qui formaient à la hernie une espèce de sac. Les deux membranes séreuses sont ordinairement unies d'une manière si intime, qu'il est presque impossible de les isoler; cet accollement est direct dans certains cas; mais dans d'autres, on trouve interposées aux séreuses quelques fibres musculaires qui viennent se perdre sur la tumeur, de la même manière que sur les hernies inguinales, on voit s'éparpiller les fibres du crémaster. Mais au lieu de fibres musculaires, c'est quelquefois une couche celluleuse simplement, ou cellule fibreuse, et quelquefois adipeuse, qu'on y rencontre. Cette dernière même peut acquérir une épaisseur considérable, témoin le cas de hernie diaphragmatique présenté à cette société par M. Auguste Bérard, en 1826, dans lequel était un sac formé par trois couches, à savoir : 1° péritoine; 2° une couche graisseuse, uniforme et épaisse; 3° la plèvre. J'insiste sur cette disposition; car je dois en tirer quelques conséquences à propos du mécanisme par lequel s'opèrent ces hernies. Enfin, on a vu quelques filets nerveux, provenant du nerf diaphragmatique, ramper dans l'épaisseur du sac. C'est ce qu'a noté M. le professeur Cruvelhier dans une observation fort curieuse qu'il a placée dans son ouvrage d'anatomie pathologique.

Quelle que soit la structure du sac, sa forme est ordinairement globuleuse, et son volume présente tous les degrés

intermédiaires, depuis un simple dé à coudre, jusqu'au volume d'une tête d'enfant ; dans le cas rapporté par M. Boulland, elle avait le volume d'une orange, et elle comprimait les viscères thoraciques au point de gêner considérablement la respiration. Cette gêne a été éprouvée par presque tous les individus qui ont offert cette hernie ; ils s'essouffaient aisément, avaient des accès de dyspnée qui simulaient à s'y méprendre les accès d'asthme, contractaient des rhumes avec la plus grande facilité, et ne pouvaient reposer sur le côté opposé à celui de la hernie. Tous ces accidents ne trouvent-ils pas leur cause naturelle dans la compression purement mécanique des organes de la circulation et de la respiration ? Leur constance, dans ces cas, ne permet guère d'en douter.

Les viscères qui, dans le cas de M. Boulland, avaient émi-gré dans la poitrine, sont l'estomac, une partie de l'intestin grêle, une partie du colon et la rate. Ces viscères ne sont pas les seuls qu'on ait trouvés herniés. Presque tous ceux de l'abdomen jouissent de ce fâcheux privilège. En faisant le relevé d'une cinquantaine de hernies diaphragmatiques, j'ai trouvé en effet que ces organes se déplaçaient dans l'ordre de fréquence suivant :

Estomac ; épiploon, colon, intestin grêle, rate, foie ; pancréas, duodénum, cœcum.

Ces résultats sont, à peu de chose près, conformes à ceux qu'a fournis à Boyer l'examen comparatif de cinquante-cinq cas de hernies du diaphragme. Aucun auteur ne compte le cœcum parmi les viscères qui se sont rencontrés dans ces hernies. Boyer cependant connaissait l'observation de Fothergill, dans laquelle le cœcum avait pénétré dans la poitrine. Il existe une pièce du même genre au musée Dupuytren ; elle est sans nom d'auteur, et portée sous le n° 61. Ces deux cas sont, je crois, les seuls que la science possède. Il est probable que le cœcum n'était point maintenant appliqué sur la fosse iliaque par le péritoine ; mais que cette séreuse

lui formait, dans ce cas, une espèce de méso-cœcum qui lui permettait de flotter dans l'abdomen. Cette disposition d'ailleurs n'est pas très rare; je l'ai vue trois ou quatre fois pour mon propre compte, une fois notamment dans les pièces que M. Wickam a présentées dernièrement à l'appui de sa candidature.

L'existence d'une tumeur herniaire dans la poitrine n'est pas sans exercer une fâcheuse influence sur les viscères de cette cavité. Aussi voyons-nous, dans le cas de M. Boulland, aussi bien que dans tous les autres, le poumon du côté malade flétri, replié sur lui-même, et refoulé contre la colonne vertébrale ou du côté opposé, exactement comme dans les cas d'épanchement pleurétique. Le tissu pulmonaire cependant n'est pas altéré, comme on peut s'en convaincre en essayant de l'insuffler. Quand la hernie est congéniale, le poumon peut même être arrêté dans son développement, et il se présente alors sous la forme d'un noyau rudimentaire. C'est le cas de Lazare Rivière et de Conrad Becker. Ajoutons enfin que le cœur, le médiastin, l'œsophage, l'aorte descendante, se sont trouvés également déviés à droite dans certains cas de hernie diaphragmatique gauche. Les viscères du thorax ne sont pas les seuls à subir des modifications de siège, de configuration et de volume; les parois même de cette cavité présentent quelquefois de singulières déformations. Ces déformations frappent quelquefois l'appendice xyphoïde seulement, qui dans un cas s'est montrée recourbée en arrière, presque à angle droit. Elles étaient plus prononcées dans le cas que M. Goblet vous a présenté récemment, puisqu'il est dit dans son observation que la poitrine était comprimée, aplatie dans le sens transversal, extrêmement bombée en avant, et que les côtes rectilignes, pour ainsi dire, dans leur partie moyenne, se coudaient brusquement vers leurs extrémités. Ce vice de forme des côtes existait également chez l'enfant de M. Boulland, puisque les cartilages costaux, au lieu de faire suite aux côtes, étaient

comme luxés en dedans, et déterminaient, de cette manière, une dépression à la partie antérieure gauche de la poitrine. M. Boulland explique la production de cette déformation de la manière suivante : « A chaque expiration, dit-il, la poche remontant dans la poitrine, attirait en haut les cartilages costaux auxquels elle adhéraient, et il résultait de cette traction la dépression qu'on remarquait durant la vie sur la poitrine de l'enfant. Ce qui milite en faveur de cette explication, c'est l'absence de ce phénomène à droite, où les parties se trouvaient dans leur disposition habituelle. » Cette théorie nous a paru aussi vraie qu'ingénieuse; nous avons cru cependant devoir la compléter, en ajoutant que ce n'est pas seulement pendant l'expiration que peuvent se produire ces tractions des cartilages par le sac, mais dans tous les cas possibles où les viscères de l'abdomen sont refoulés dans la poitrine, les cas de pression sur l'abdomen, par exemple.

C'est au niveau de la portion musculieuse du diaphragme, dit M. Boulland, qu'avait lieu la hernie dans le cas qu'il a observé. Ce n'est point là l'unique endroit où le septum transverse peut livrer passage aux viscères. La chose est évidente en effet, pour les hernies qui surviennent à la suite d'une lésion traumatique du diaphragme. Quant aux hernies congéniales, elles se sont faites quelquefois à travers les ouvertures normales que présente ce muscle. Cela est rare cependant, et cette rareté est probablement due, suivant A. Cooper, à ce que l'intestin, pour se déplacer du côté du diaphragme, est obligé de remonter contre son propre poids. Et, en effet, s'il existait à la partie inférieure de l'abdomen, une ouverture pareille à celle qui livre passage à l'œsophage, des hernies se produiraient chez presque tous les individus. Ce qui vient au reste confirmer cette idée du chirurgien anglais, c'est que la hernie diaphragmatique est moins fréquente chez l'homme que chez les quadrupèdes, lesquels offrent une direction du tronc plus favorable à la production de cette hernie.

M. Boulland se décide difficilement à croire que l'estomac et les intestins aient pu pénétrer dans la poitrine à travers l'ouverture qui livre passage au nerf grand sympathique. Cette hésitation nous paraît fort naturelle, bien qu'elle s'appuie sur l'observation d'un homme qui fait autorité en anatomie pathologique, Morgagni. Les mêmes réflexions sont applicables au cas de St-André, rapporté dans les Transactions philosophiques XXX, et dont la description, dit Lawrence, est insuffisante pour faire admettre la nature de la maladie.

Quant au passage des viscères à travers l'ouverture œsophagienne, elle est plus admissible; de plus elle est démontrée. C'est encore Morgagni qui nous en fournit un exemple : le malade avait été pris le matin d'une violente cardialgie, accompagnée de vomissements fréquents et d'efforts de vomissements tellement violents, qu'il succomba dans la nuit suivante : on trouva dans le thorax une masse qui était formée par l'épiploon, le duodénum, le jéjunum et une partie de l'iléon; les intestins étaient tellement distendus par des matières et des gaz, que le cœur et les poumons étaient refoulés de manière à n'occuper qu'un très petit espace. La hernie s'était opérée à travers l'ouverture œsophagienne qui était considérablement dilatée et avait perdu toute espèce de résistance. (Morgagni, 54^e lettre, art. 43).

Fantoni a trouvé à l'autopsie d'un homme mort également à la suite de vomissements violents, l'estomac et une portion d'épiploon dans la cavité thoracique. Ce passage n'avait pas eu lieu par une plaie du diaphragme, qui était exempt de toute lésion, *firmum integrumque*, mais à travers l'ouverture de l'œsophage.

En résumé, on possède cinq à six cas de hernies à travers cette ouverture.

Chez l'enfant de M. Boulland, la hernie n'avait point lieu par les voies précédentes, puisque nous avons vu qu'elle existait au niveau de la portion musculuse. Or, c'est là le point

où elles se font le plus habituellement. Nous avons dit, de plus, que c'était du côté gauche que se trouvait cette hernie. Cette dernière circonstance nous conduit naturellement à examiner du quel côté on les observe le plus souvent. Les auteurs sont à peu près unanimes. Ils admettent tous, que dans l'immense majorité des cas, c'est à gauche qu'elles se présentent. Dreyfus va même jusqu'à fixer le chiffre des proportions. Suivant cet auteur, les hernies de gauche seraient à celles de droite, comme 5 : 1. Et l'on a expliqué cette plus grande fréquence à gauche, par la présence du foie qui protège plus efficacement à droite le diaphragme. Cette explication est fort ingénieuse, sans doute, mais elle couvre malheureusement une erreur. Je ne dirai pas que les hernies soient plus fréquentes à droite qu'à gauche, ce serait tomber dans l'exagération inverse; mais je crois que la différence n'est pas, à beaucoup près, aussi grande qu'on s'est plu à le dire. Car, en excluant d'une cinquantaine de cas que j'ai pu rassembler, les cas de hernies traumatiques dans lesquels la maladie avait lieu des deux côtés à la fois, et ceux enfin où le siège n'était point indiqué, je suis arrivé à ce résultat, savoir : que les hernies ont lieu à droite à peu près dans la moitié des cas. On voit que nous sommes loin de compte.

Au surplus, vous comprenez parfaitement que je suis loin de prétendre que cette dernière proportion soit l'expression rigoureuse des faits; car il est possible que demain ou après, de nouveaux cas viennent faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Ce que je tiens seulement à établir, c'est que les auteurs se sont mépris sur cette fréquence relative. D'ailleurs, ce n'est là qu'une simple question de statistique à laquelle je n'attache pas plus d'importance qu'elle n'en mérité.

M. Geoffroy St-Hilaire, en rapportant une observation de hernie diaphragmatique droite qui lui avait été communiquée par M. Martin St-Ange, cherche à s'expliquer ce qui a

pu faire illusion aux auteurs. Leur erreur, dit-il, vient de ce qu'ils ont cru pouvoir étendre aux déplacements herniaires congéniaux les résultats d'observations faites sur les hernies accidentelles survenues après la naissance, c'est-à-dire à une époque où tous les organes ont déjà atteint leurs conditions définitives d'organisation. Cette observation est parfaitement juste; on comprend en effet difficilement qu'une rate de trois à quatre pouces, par exemple, puisse s'insinuer à travers les fibres du diaphragme.

La perforation par laquelle s'opère la transmigration des viscères est ordinairement unique, comme dans le cas de M. Boulland. Il n'est pas sans exemple, cependant, que sur le même diaphragme, il y ait plusieurs perforations permettant l'entrée et la sortie des viscères. Elle était quadruple dans l'observation fournie à Helvétius par le docteur Chauvet de Toulon, et rapportée dans le *Traité des maladies chirurgicales* par Boyer.

Je m'aperçois que ce rapport acquiert des dimensions que j'étais loin de prévoir. Je m'abtiens de parler des symptômes, du diagnostic et du traitement de ces hernies, ainsi que de leurs différentes variétés, sur lesquelles il y aurait cependant à dire des choses intéressantes; j'aborde immédiatement leur mécanisme, question importante qui divise les auteurs, et qui seule cependant peut nous donner la clé de l'histoire des hernies diaphragmatiques.

On comprend aisément le mécanisme des hernies diaphragmatiques congéniales, lorsqu'on se rappelle le mode de développement du diaphragme. Ce muscle, en effet, se compose de deux moitiés latérales, l'une droite et l'autre gauche. Or il peut arriver qu'une de ces moitiés manque complètement ou en partie par suite d'un arrêt de développement. Dès lors, il est facile de voir comment, sous l'influence d'une pression quelconque, exercée pendant la vie extra-utérine sur les viscères de l'abdomen, ceux-ci tendent à refouler la séreuse pariétale de cette cavité et à s'engager dans le thorax

par la partie dépourvue de fibres musculaires, en s'élevant de bas en haut la plèvre, et s'en coiffant de manière à ce que le sac soit constitué par une double enveloppe séreuse. Si les études organogéniques nous conduisent à comprendre ce mécanisme, l'examen des pièces pathologiques nous le démontre. Ainsi, dans la pièce de M. Boulland, on voit que les fibres musculaires font presque entièrement défaut au diaphragme gauche, et l'on ne peut raisonnablement admettre qu'elles aient été simplement écartées, refoulées par la tumeur; car on devrait les retrouver de chaque côté de cette dernière, tassées, réunies en trousseaux plus ou moins épais; or c'est ce qui n'a point lieu.

Le mode de développement du diaphragme nous explique encore comment diverses hernies ont pu se former sans déplacer les fibres musculaires. Il arrive en effet, que les deux muscles qui constituent cette cloison se réunissent incomplètement, et que cette réunion imparfaite donne lieu à des ouvertures, à des hiatus par lesquels les viscères peuvent s'engager. C'est ainsi que s'expliquent certaines hernies qui se font à travers le petit espace triangulaire qui se trouve sur la ligne médiane et qui ne paraissent ni avoir déchiré, ni écarté les fibres du diaphragme. Elles passent là comme le cordon chez l'enfant traverse les parois abdominales, c'est-à-dire par une ouverture résultant de l'entrecroisement des fibres aponévrotiques, et non par une ouverture spécialement déterminée pour ce passage.

J'arrive au mécanisme des hernies accidentelles. Voici comment l'explique notre honorable président M. Cruveilhier : Une masse adipeuse se forme entre le péritoine et le diaphragme derrière l'appendice xyphoïde; cette masse, graduellement accrue, écarte les fibres à la manière d'un coin, et pénètre; bientôt le péritoine suit entraîné; un sac se forme, et ce n'est que plus tard, et souvent temporairement, que les viscères s'insinuent dans le sac, qui par conséquent pré-existe à la hernie. Cette explication, du reste, est la même

que M. Cruveilhier adopte pour toutes les hernies graisseuses; c'est celle aussi que Pelletan a le premier fait connaître en France. Pelletan, après avoir exposé ce mécanisme, pour le faire mieux comprendre, compare cette espèce de descente à celle des testicules qui, situés avant la naissance dans le tissu cellulaire du péritoine qui avoisine les reins, descendent en se dirigeant vers les anneaux, traversent ces ouvertures en entraînant le péritoine et forment la tunique vaginale; or on sait que cette dernière communique librement dans le ventre jusqu'à ce que la nature en ait opéré l'adhérence et la clôture, à défaut de laquelle l'enfant est exposé à la hernie congéniale.

Ce mécanisme des hernies graisseuses, donné par Pelletan, M. Cruveilhier a eu pouvoir l'appliquer aux hernies diaphragmatiques, qui ne diffèrent nullement des autres hernies graisseuses, au dire du savant professeur. Ceci nous conduit à discuter brièvement cette question des hernies graisseuses; ce n'est point sortir de mon sujet, car ce mécanisme ne me paraissant point véritable, si je parviens à l'affirmer, j'aurai du même coup dissipé une erreur de l'histoire des hernies diaphragmatiques.

Quand Pelletan communiqua à l'académie royale de chirurgie ses idées sur le mécanisme indiqué plus haut, ce mécanisme était alors si peu connu, qu'il se trouva nouveau pour tout le monde, et que chacun expliquait à sa manière ce qui pouvait lui avoir fait illusion. Les membres de cette illustre assemblée ne voulaient voir dans les petits pelotons graisseux que d'anciens sacs herniaires guéris. C'est là une opinion que j'ai entendu professer à M. Nélaton, pendant l'année d'internat que j'ai passée à Bicêtre, opinion dont M. Bernet, notre collègue, a fait le sujet d'un mémoire qui a été présenté au concours des prix de l'internat, opinion enfin que j'accepte pour mon propre compte, et voici mes raisons particulières.

Je prends le cas de M. Cruveilhier : Un peloton graisseux,

situé sous le péritoine, peut-il entraîner, en se développant, cette séreuse à travers le diaphragme? Examinons. Tant que ce peloton existera entre la séreuse et le muscle, il pourra acquérir des dimensions plus ou moins considérables; mais on conçoit qu'en se développant, il repoussera en sens opposés les deux membranes auxquelles il se trouve interposé, et qu'au lieu d'être attiré hors de l'abdomen, le péritoine s'y trouvera au contraire refoulé davantage. Mais, dit M. Cruveilhier, le noyau graisseux, en se développant, pénètre à travers les fibres du diaphragme, qu'il écarte, etc.; mais, tant que ce noyau se trouve engagé entre les fibres musculaires comme entre les deux lèvres d'une boutonnière, il sert lui-même de bouchon aux viscères qu'il arrête au passage. A-t-il franchi les fibres du diaphragme? celles-ci ne restent nullement béantes, du moins, on ne l'a pas démontré; nous croyons, au contraire, qu'elles tendent à revenir sur elles-mêmes, à se remettre en position, dès que la cause qui les a écartées n'existe plus. C'est l'analogie de ce qui se passe partout ailleurs, et ici, il y a même des raisons particulières d'admettre ce retrait, puisque le diaphragme est un muscle tendu au moment où les viscères pourraient s'engager à travers une de ses fentes, c'est-à-dire pendant l'expiration. J'ajouterai enfin que ces hernies se trouvent souvent au niveau de la ligne blanche où les tissus sont tellement unis, tellement serrés, qu'un peloton adipeux ne pourrait guère s'y déplacer, et attirer, dans un cas ou dans un autre, le péritoine. Ainsi, le développement d'une hernie diaphragmatique est impossible par le procédé précédent. Maintenant, la signification de ces pelotons graisseux nous intéresse. Quelle est-elle? Nous croyons qu'ils pourraient bien n'être que d'anciens sacs guéris, revenus sur eux-mêmes et s'étant infiltrés de tissu adipeux. Voici les raisons qui me portent vers cette manière de les envisager.

1° On ne trouve ces pelotons graisseux que dans le voisinage des parties où se forment habituellement les hernies;

c'est là le résultat de recherches nombreuses que M. Nélaton m'a dit avoir faites dans le temps, conjointement avec M. Bérard. Je les ai faites moi-même une vingtaine de fois, et je suis arrivé au même résultat que ces deux chirurgiens. On trouve bien au cou, au jarret, des masses adipeuses régulièrement disposées ; mais ce ne sont plus ces petits renflements ovoïdes, gangliformes, parfaitement isolables, que nous avons rencontrés à l'aîne, par exemple.

2° Ces petits renflements ont quelquefois conservé leur communication avec le péritoine. Je dois dire que je ne l'ai jamais rencontrée moi-même ; mais cette communication m'a paru évidente dans une pièce que mon collègue, M. Bernutz, a eu la bonté de me montrer, il y a trois ans. Au reste, je crois en avoir vu un cas mentionné dans Pelletan lui-même.

3° Enfin, et cette dernière raison nous a paru convaincante, si ces pelotons graisseux n'étaient que de simples agents de traction par rapport au péritoine, ils devraient se trouver appendus à l'extrémité du sac et tenir à celui-ci comme un fruit à son pédicule. Or, ce n'est pas là ce qu'on observe : la graisse, en effet, se trouve tout autour de la cavité séreuse à laquelle elle constitue une enveloppe générale. Ainsi, dans les deux cas de hernies diaphragmatiques rapportés, l'un par M. Bérard aîné, l'autre par M. Auguste Bérard, c'est cette dernière disposition qu'on a observée.

Ici s'élève une objection. En admettant que ces tumeurs graisseuses ne soient que des hernies guéries et chargées de graisse, il importe de savoir où s'est formée cette graisse. Ce n'est pas évidemment à la surface interne du péritoine, car ce serait contraire à tout ce que nous savons jusqu'ici en anatomie pathologique. La surface interne d'une séreuse peut sécréter un liquide, mais de la graisse, jamais. C'est donc à l'extérieur ; et, en effet, là se trouvent des fascias qui peuvent s'infiltrer de graisse à l'instar du tissu cellulaire des autres parties du corps. N'existe-t-il pas, d'ailleurs, des cas

où, un sac existant, ce sac peut rester sans viscère dans sa cavité, et revenir sur lui-même, sous l'influence d'un bandage, du repos au lit, ou de toute autre cause ? Les choses en étant là, et une nouvelle hernie venant à se former au niveau de l'ancien sac, elle pénètre dans l'ancienne cavité, et l'on a une de ces hernies à sacs multiples, sur lesquelles M. le professeur J. Cloquet a appelé l'attention. On comprend, dès-lors, que la face interne de l'ancien sac soit en rapport avec la face externe du nouveau ; or, comme cette dernière peut se charger de graisse, nous aurons une couche graisseuse entre des membranes séreuses.

Au reste, nous ne saurions mieux clore cette démonstration qu'en invoquant en notre faveur l'autorité de M. Cruveilhier lui-même. Notre honorable président a établi, en effet, dans son Anatomie pathologique, comme règle générale, que toutes les fois que dans un os ou dans un organe quelconque, une cavité accidentellement développée se débarrasse de son contenu, elle se remplit de tissu cellulaire graisseux. Les hernies rentrent dans cette loi, dont M. Pigné a dernièrement fait ressortir l'exactitude et l'importance.

Pour conclure, nous dirons que le mécanisme des hernies diaphragmatiques nous paraît être le même que celui des autres hernies. Dans presque tous les cas mentionnés par les auteurs, on trouve qu'elles ont été précédées de violents efforts de vomissements ou autres ; que les individus avaient, pour la plupart, fait une chute sur les parties où s'insère le diaphragme, etc. Il est probable, dès-lors, que, sous l'influence de ces efforts ou d'une pression quelconque sur l'abdomen, les viscères ont pu écarter la cloison dans les endroits faibles, que cette faiblesse soit congéniale ou acquise ; c'est là le mécanisme de toutes les hernies. Celles du diaphragme ne sortent pas de la loi commune ; c'est ce que je tenais à démontrer.

DISCUSSION.

M. de Castelnau croit que M. Cruveilhier a formulé son opinion sur le mécanisme de la formation de la hernie graisseuse d'une manière un peu plus explicite que ne le dit M. Richard. Si les souvenirs de M. de Castelnau ne le trompent, M. Cruveilhier ne prétend pas que le peloton graisseux entraîne après lui le péritoine de manière à former un sac, mais dilate seulement par sa présence une ouverture abdominale, qui, dès lors, n'offre plus de résistance à la formation de la hernie. M. Richard a dit aussi que les pelotons graisseux de ce genre ne se trouvent que dans le cas de hernies anciennes ; or, M. de Castelnau en a trouvé une fois un tout semblable à ceux des hernies, à peu près à la hauteur du milieu de la cuisse, dans l'épaisseur du triceps fémoral ; ce fait a été observé par lui dans le service de M. Briquet, à l'hôpital Cochin.

M. Richard répond que l'opinion de M. Cruveilhier est bien telle qu'il l'a formulée dans son rapport, ainsi qu'on peut s'en convaincre encore en lisant le bulletin de cette année de la Société anatomique (juin, Bull. n° 6, p. 170). La manière de voir ingénieuse que M. de Castelnau attribue à tort à M. Cruveilhier est personnelle à M. de Castelnau. D'après cela, les pelotons graisseux pourraient précéder les hernies, en ce sens seulement qu'ils affaibliraient les parois abdominales, ce qui n'attaque en rien les principes sur lesquels M. Richard a établi son rapport. Quant au fait bien exceptionnel, cité par M. de Castelnau, de peloton graisseux placé dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, il ne contredit pas non plus les lois exposées par M. Richard, car ce qui arrive pour les sacs herniaires anciens, arrive aussi bien pour les kystes, et il est possible que le peloton graisseux observé par M. de Castelnau ait été la conséquence d'un ancien kyste sanguin ou autre.

Chancres phagédémiques diphthériques inguinaux, avec lésion des os du bassin et ulcérations intestinales.

Observation et pièces d'anatomie pathologique présentées par
M. E. COURPIN, interne à l'hôpital du Midi.

En mettant sous les yeux de la société, il y a quelques mois (Bulletin des mois de mars et avril); une observation et une pièce analogues à celles-ci, je n'espérais pas trouver de sitôt un complément à cette observation, et cela sur un des sujets même pris pour point de comparaison dans mon premier travail. Le malade dont il est question, couché au n° 7 de la salle 4 (service de M. Ricord), vient de succomber, et je dois à l'obligeance de mon collègue, M. Daville, d'avoir pu recueillir la pièce d'anatomie pathologique que je soumetts à votre appréciation. Les antécédents que je vais exposer ont été relevés en février dernier.

Pagès (Hippolyte), âgé de 26 ans, né dans le département de la Lozère, est depuis quatre ans à Paris, où il exerce l'état de porteur d'eau. Sa mère, en état de parfaite santé, vit encore; mais son père, valétudinaire pendant de longues années, est mort il y a six ans. Une variole légère, à 15 ans, des engorgements ganglionnaires cervicaux considérables et la teigne sont les seules affections que signale notre malade dans les vingt premières années de la vie; c'est un homme brun, à peau blanche, assez bien musclé et présentant encore des traces d'un embonpoint qui tombe depuis quelques mois; face étiée, pâlie.

A la fin de 1844, il vit survenir, sans cause extérieure appréciable, un engorgement ganglionnaire inguinal gauche si peu douloureux qu'il continua son travail fatigant et se contenta d'appliquer quelque emplâtre sur la tumeur, qui disparut au bout de cinq mois environ. Le 1^{er} et le 2 août 1845, il contracta, dans des rapports sexuels répétés, un

chancre de la rainure du gland à droite, qui détermina au quinzième jour un nouvel engorgement ganglionnaire au même siège que précédemment, et auquel il apposa quelques sangsues, des tisanes sans influence sur son évolution ; car, le 26 août 1846, jour de son admission à l'hôpital, le bubon, bien que peu douloureux, était déjà fluctuant : le chancre, indolore aussi, s'était allongé dans le sens de la rainure (ponction du bubon ; catapl. émollient ; pansement avec le vin aromatique). Au bout d'un mois, il y a déjà dans l'aîne gauche un ulcère à bords épais, décollés, sur lequel on applique un vésicatoire et qu'on panse ensuite avec le vin aromatique : une quinzaine de jours après (mi-octobre), deux applications successives de pâte de Vienne à peu de distance l'une de l'autre, puis pansements avec la décoction de ratanhia, l'onguent digestif et le vin aromatique tour à tour, pour revenir en dernier lieu à l'onguent digestif, et concurremment traitement interne composé de pilules de ratanhia, puis de pilules mercurielles, bientôt suspendu à cause de la stomatite, et conjointement de pilules de Vallet, administrées depuis peu au nombre de 30 par jour. Le chancre, stationnaire depuis l'entrée et constamment pansé avec le vin aromatique, sans cautérisation, ne s'est complètement fermé que dans les premiers jours de décembre : sa cicatrice, non indurée, est à peine sensible aujourd'hui.

A l'époque où je l'examinai pour la première fois, au sixième mois de la maladie, l'ulcère inguinal, de forme très-irrégulière, présente en hauteur 12 centimètres environ et à peu près autant transversalement, surtout si l'on tient compte de la queue qu'il fait dans le pli génito-crural : nulle part, il ne paraît plus profond qu'en cet endroit, les bords se renversant en dehors sous l'influence d'une pression continue ; dans le reste du pourtour, ils sont festonnés, bleuâtres ou livides, épaissis en bourrelet et durs, sauf en deux points, où ils présentent l'affaissement, la teinte rosée, la consistance normale donnée par Babington comme le signe

de la cessation du travail morbide. Un liseré rouge vif sépare les bords du fond, qui est très-irrégulier, saignant en quelques points, sillonné de dépressions linéaires entrecroisées, interceptant entre elles de petites élevures inégales, friables, jaunâtres, ici sèches et luisantes, là baignées d'un pus mal lié qui s'accumule surtout dans la dépression, et qui, desséché ou liquide, donne à la surface de l'ulcère cet aspect général que rend si bien le mot *putacé*. Pas d'autre odeur que celle de l'onguent digestif, et pour tout signe subjectif, picotement continu en certains points ; insomnies fréquentes, appétit irrégulier, généralement peu marqué, selles régulières, peau velue, terreuse et toujours sale en dépit des bains, et, pour le dire encore une fois, nulle trace de syphilis constitutionnelle.

Pendant les six mois qui suivirent, le malheureux fut soumis à plusieurs reprises à chacun des agents nombreux et variés de la médication du chancre phagédénique, si habilement maniée par M. Ricord : sauf la cautérisation par le fer rouge, tout fut mis en usage, avec une amélioration assez soutenue au commencement de l'été pour permettre une légère espérance, bien courte, hélas ! puisqu'une diarrhée colliquative coïncidant avec les premières chaleurs, et rebelle à tous les moyens, amena rapidement le malade à un tel degré d'émaciation et d'affaiblissement, qu'il fallut dès lors prévoir une terminaison funeste. C'est dans cette période que l'ulcère, revenu sur lui-même, prit une nouvelle extension ; un peu avant elle et pendant sa durée, le malade fut pris d'hémorrhagies passives des muqueuses buccale et nasale, de la surface de la plaie, avec d'autres signes généraux de scorbut ; ces hémorrhagies, toujours plus rapprochées, cessèrent seulement aux approches de la fièvre hectique. M. Ricord a maintes fois constaté, et l'autopsie confirme encore son dire, que la diarrhée opiniâtre se lie, dans beaucoup de cas semblables, à l'établissement d'ulcérations du gros intestin et particulièrement du cœcum. La fièvre

hectique se dessina dans le dernier mois de la vie, et le malade succomba le 14 août à onze heures du matin.

Nécropsie 42 heures après la mort.

Décomposition peu marquée, pas de raideur cadavérique, émaciation extrême, œdème passif des extrémités inférieures jusqu'à mi-jambe; la moitié inférieure du corps surtout, est couverte par places de poils longs et sales, et toute la surface cutanée présente une teinte terreuse, terne et un état de saleté qui n'ont d'analogue que chez les individus cachexiés ou parvenus à une extrême vieillesse. Les cavités splanchniques, le péricarde, sont le siège d'un épanchement séro-sanguinolent presque limpide et peu abondant: les ganglions pelviens sont normaux; mais les mésentériques, tous plus ou moins hypertrophiés et bleuâtres à l'extérieur, sont le siège d'une injection considérable; les intestins presque vides, non amincis, sont fortement rétractés sur eux-mêmes et les replis péritonéaux complètement dépouillés de graisse. Reins normaux ne présentant à noter qu'une teinte ardoisée, uniforme, de toutes les tuniques, teinte qui se retrouve au reste dans le gros intestin. Rate un peu plus volumineuse que d'ordinaire et plus pâle; foie peu volumineux, de couleur et de consistance normales, mais laissant enlever avec une extrême facilité des lambeaux de ses tuniques séreuse et fibreuse.

Du cardia jusqu'à quelques centimètres de la valvule de Bauhin, le tube digestif est parfaitement sain. Vessie de petite capacité, à parois épaisses, saine d'ailleurs ainsi que la prostate et la portion ascendante de l'urètre. A deux centimètres au-dessus de la valvule, sur la face opposée à l'attache du mésentère, la muqueuse présente une tache noire ecchymotique, d'un pouce à peu près de diamètre, avec ulcération superficielle ou plutôt destruction des villosités intestinales. La valvule elle-même est saine, mais immédia-

tement au-dessous d'elle, la muqueuse du cœcum présente de nombreuses altérations groupées dans une étendue de 4 à 6 centimètres ou plus en hauteur ; après quoi, sauf la teinte indiquée, il n'y a rien à noter. Ces altérations consistent ; 1° en dix ou quinze exulcérations de forme à peu près arrondie, de grandeur variable, à fond noirâtre et ramolli, sans bords distincts, et aucune ne pénétrant au-delà du derme muqueux ; 2° en trois abcès sous-muqueux irrégulièrement ovalaires, d'un centimètre au moins de diamètre ; deux d'entre eux sont complètement vides et décelés seulement par un décollement étendu de la muqueuse, percés de une ou deux ouvertures arrondies, nettes, de 2 à 3 millimètres de diamètre, et situées près du bord, à la partie supérieure du décollement ; le troisième abcès ouvert de la même façon, est à demi-plein d'un pus brunâtre et liquide.

Les poumons présentent avec la paroi thoracique des adhérences anciennes et très résistantes, à gauche surtout où l'épanchement signalé existe à l'état d'infiltration, de collection plus ou moins étendues au milieu des lames cellulofibreuses. Le poumon gauche lui-même, qui conserve sur les faces postérieure et externe l'empreinte des côtes, est le siège d'œdème sous-pleural très marqué au niveau de chaque espace intercostal, et présente à un haut degré l'engouement hypostatique qui est reproduit plus faiblement à droite.

Lésions de la bronchite chronique légère à gauche ; rien à droite. Le cœur petit, mou, comme macéré à la face externe, est d'un rouge brique à la face interne dans toutes les cavités où se rencontrent des caillots gelés de grosseille presque diffusants ; même coloration des tuniques internes de l'aorte.

Revenons à l'ulcération inguinale qui a été respectée dans l'ouverture de l'abdomen et dont les mesures prises avant toute section, donnent 0 m. 145, verticalement, et à peu près autant transversalement ; elle est grossièrement losangique, et s'étend d'une part de la ligne médiane du corps au-dessus

de la verge, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, et d'autre part des limites supérieures de la région hypogastrique à l'orifice de la saphène interne, et même un peu plus bas. Mais cet ulcère est plus étendu qu'il ne le semble au premier abord : son angle interne filant dans le pli génito-crural, détruit dans une petite étendue la peau des bourses, glisse autour du cordon qu'il dissèque parfaitement dans une longueur de 4 à 5 centimètres, à partir de l'anneau, évite la racine de la verge qui reste intacte, érode jusque vers la ligne médiane la peau du pénil, puis s'enfonce brusquement sous elle. En ce point l'ulcère change d'aspect : de grisâtre, le fond couvert d'une épaisse couche pultacée devient brunâtre, et un stylet enfoncé au milieu de cette boue liquide pénètre avec une crépitation caractéristique la substance même des pubis, de chaque côté de la symphyse et la symphyse elle-même, mais dans une petite circonscription. Nous reviendrons sur cette lésion. La tuméfaction des bords, qui avait beaucoup diminué dans les derniers temps de la vie, est aujourd'hui nulle; les bords eux-même, minces, irréguliers, festonnés, ne sont que peu ou point décollés, bien que la destruction du tissu cellulaire sous-cutané, qui semble tomber en putrilage, précède toujours un peu celle du derme. Le fond de l'ulcère seulement, un peu plus brun que pendant la vie, est couvert des débris du fascia superficialis; au niveau de ce qu'on appelle le canal crural et de son orifice inférieur, on trouve un groupe de ganglions superficiels très légèrement hypertrophiés et injectés; de chaque côté dans sa pointe la plus faible, le fascia lata est plus ou moins largement érodé, et l'ulcération a déjà ramolli la surface et même attaqué la fibre musculaire ou le tissu cellulaire interstitiel; au-dessus du pli inguinal on entrevoit sous la couche pultacée le feuillet aponévrotique du grand oblique encore intact, ainsi que l'anneau inguinal. L'angle interne de cette vaste ulcération est traversé, comme je l'ai dit, par le cordon parfaitement disséqué et qu'un stylet peut facilement soulever. Dans le

voisinage de l'ulcère les muscles de la paroi abdominale ont une teinte bleu-verdâtre, due sans doute à l'imbibition cadavérique.

En faisant les coupes nécessaires pour enlever les portions d'os altérées avec les parties molles environnantes, on remarque dans les bords de l'ulcère, dans l'aîne droite, partout, l'amincissement extrême de la couche celluleuse sous-cutanée, tellement tassée qu'en certains points elle est presque imperceptible; les ganglions inguinaux superficiels de droite présentent les mêmes altérations que les mésentériques. — Les branches horizontales et descendantes des pubis, étant séparées du reste, et la symphyse divisée sur la ligne médiane, on peut constater directement une fonte pulvée du fibro-cartilage et une carie encore superficielle des deux os, mais surtout du gauche.

Quelle était la nature du bubon, point de départ de tous les accidents? L'état soigneusement noté des ganglions de la région, éloigne l'idée de nature strumeuse, bien que la disposition évidemment scrofuleuse du sujet ait pu influencer puissamment dans sa marche l'ulcération subséquente. D'après l'âge du chancre lors de l'apparition du bubon, la rapidité de l'évolution de ce dernier, qui ne fut pourtant pas des plus douloureux, surtout l'espèce d'agent mis en usage à deux reprises à la fin du deuxième mois, j'inclinerais à croire ce bubon virulent. — Quoi qu'il en soit de ce diagnostic rétrospectif assez peu important, je ferai remarquer combien la marche du travail ulcératif diffère dans ce cas de ce qu'elle fut chez mon premier malade; bien que la scène se passe en apparence dans les mêmes tissus, peau et couche sans cutanée, les vaisseaux blancs, si manifestement affectés d'un côté qu'ils semblent être le foyer du mal, restent froids et muets de l'autre au milieu même de l'ulcération. Des deux côtés celle-ci tend à gagner en profondeur; mais chez un des malades c'est par le canal crural qu'elle se glisse, pour ainsi dire, à la faveur des ganglions qu'elle détruit de proche en

proche; chez l'autre au contraire elle s'attaque surtout aux tissus cellulaire et fibreux, et c'est probablement en raison de leur connexion intime avec ces éléments, que les tissus cartilagineux et osseux se trouvent atteints. Un travail fluxionnaire considérable est inséparable des progrès de l'ulcère dans le premier exemple; dans le second l'ulcération ronge sourdement les tissus qui, à la période de sa plus grande activité, semblent à peine s'enflammer au-devant d'elle. Enfin ces deux malades périssent avec des ulcérations intestinales et peut être par ces ulcérations; mais d'un côté, là où les lésions du tégument externe sont deux fois plus étendues, la muqueuse intestinale reste insensible jusqu'à ce que l'ulcère lui-même le vienne attaquer par voie de contiguité; de l'autre, au contraire, une pléiade d'ulcérations variées se fixe en un point parfaitement isolé de l'intestin, au milieu de tissus sains, comme une réflexion de l'altération cutanée, et en vertu de cette solidarité fonctionnelle des téguments externe et interne si souvent invoquée à bon droit par M. Ricord dans l'histoire des accidents syphilitiques.

Certes voilà des dissemblances bien tranchées entre deux lésions de même cause, de même siège : les altérations du système ganglionnaire si marquées chez le premier malade cadreraient bien mieux avec les antécédents du second; à quoi s'en prendre? aux tendances scorbutiques du sujet? Cette opinion peut être adoptée provisoirement en attendant de nouveaux faits qui éclaireront peut être la thérapeutique rationnelle de ces mystérieuses affections.

*Tumeur tuberculeuse du cervelet. — Méningite cérébro-spinale.
— Hématorachis et compression de la moelle épinière.*

Observation recueillie par M. Ch. BOULLAND, interne provisoire.

Le nommé Pelletier, âgé de 15 ans, fut envoyé de Louviers près Evreux, où il travaillait dans une manufacture de soierie, à Paris, pour entrer à l'hospice des Enfants trouvés, parce qu'il était atteint d'attaques épileptiques des plus graves, qui duraient depuis trois ans, et qui revenaient à peu près chaque mois : comme dans l'intervalle son état était assez satisfaisant ; on le mit le 15 juin 1846 dans une des divisions de cet hospice.

Symptômes. — Cet enfant se plaignait d'une douleur très vive, au niveau de la bosse occipitale inférieure du côté gauche, douleur qui devait dater depuis longtemps, puisqu'au niveau de ce point si sensible, on apercevait les traces d'un vésicatoire. Les moindres mouvements exaspéraient sa douleur ; aussi lorsqu'il marchait, il contractait les muscles de la partie postérieure du cou, pour que sa tête fût dans une immobilité complète. Pendant son sommeil, il rendait à son insu des matières fécales et de l'urine. Sauf cette douleur et cette infirmité dégoûtante, il ne présentait rien de particulier ; il n'avait aucun sens, ni aucune partie du corps paralysés ; la sensibilité était normale, et il se promenait avec les autres enfants dans les salles et les jardins de l'établissement.

Le 12 juillet 1846, il fut pris d'une diarrhée abondante, de vives douleurs le long de la colonne vertébrale, qui lui arrachaient des cris, et qui le forcèrent de s'aliter ; outre ces symptômes, il avait une faiblesse notable des fonctions intellectuelles qui étaient très obtuses. A partir de ce moment il ne demanda plus à manger, et il ne parlait même pas ; de

temps en temps il poussait des gémissements et des cris très aigus. Cet état dura jusqu'au 19, jour où il entra dans la salle destinée aux malades du service de M. Baron, et ce fut là que nous le vîmes pour la première fois.

La constitution de ce malade paraissait délicate. Amaigrissement assez marqué, pâleur des téguments externes, chaleur de la peau peu intense, pouls à 68; bruits du cœur bien distincts, résonnance et respiration à l'état normal dans la cavité thoracique gauche; à droite, un peu de diminution du bruit respiratoire et résonnance faible. Le ventre est simple et indolent. Les pupilles ne sont pas dilatées. Le malade est plongé dans un état un peu comateux, ne se préoccupant pas de ce qui se passe autour de lui, et répondant à peine aux questions qu'on lui adresse; encore faut-il les lui répéter plusieurs fois avant d'en obtenir des réponses qui du reste paraissent assez justes. C'est alors que nous avons appris que ses attaques épileptiques dataient de trois ans; il en attribue la cause à une chute qu'il a faite à cette époque, du haut d'un mur. L'examen des organes locomoteurs ne démontre aucune paralysie; mais il existe de la contraction dans les muscles de la partie postérieure du cou, ce qui produit le renversement de la tête en arrière. La sensibilité cutanée est exaltée, et portée à un haut degré; si on touche le malade, on lui cause de vives douleurs; il se plaint d'une céphalalgie intense, dont le point le plus douloureux siège au côté gauche de l'occiput. Un phénomène tout particulier s'est montré dans la glande thyroïde; il consiste dans l'hypertrophie de cet organe, qui, d'après les renseignements obtenus, ne daterait à peu près que de deux septennaires. (Diète, ventouses scarifiées le long du rachis, sinapismes aux membres inférieurs).

Pendant la nuit du 19 au 20, le malade n'a pas discontinué de pousser des cris et des gémissements, tout en étant dans un état comateux.

Le matin, il paraît aller un peu mieux; il répond assez

bien aux questions qu'on lui adresse; la sensibilité de la peau et du rachis, ainsi que la céphalalgie, sont toujours très intenses; le pouls est peu fréquent (large vésicatoire à la nuque).

Du 20 au 21 au matin, le même état persiste; mais le soir vers les sept heures, il survient un peu de difficulté dans les mouvements respiratoires; un peu plus tard le thorax n'exécute que difficilement les mouvements d'inspiration et d'expiration, les sterno-cléido mastoïdiens, et les muscles sous-hyoidiens se contractent avec force, la respiration est toute diaphragmatique, et le malade meurt le 22, à 8 heures du matin, avec tous les signes d'asphyxie dus à une compression de la moelle; car quelques instants avant qu'il n'expirât, on entendait à distance des râles dans la trachée, dus à une accumulation d'un liquide spumeux, qui sortait en grande quantité par les narines et par la bouche.

Autopsie 25 heures après la mort.

La pâleur générale qui existait pendant la vie n'a pas sensiblement augmenté après la mort; il n'y a pas de raideur cadavérique.

L'incision de la dure mère donne lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang contenu dans les sinus.

La fosse cérébelleuse gauche de l'occipital est érodée, et le diploé en rapport médial avec la dure-mère qui est un peu épaissie; le cervelet dans ce point a contracté de fortes adhérences avec cette membrane, et ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à les rompre. Une tumeur grosse comme un œuf de poule occupe presque tout le lobe gauche du cervelet; son diamètre transverse est de 65 millimètres, et l'antéro-postérieur de 6 centimètres. Cette production morbide est couverte par l'arachnoïde qui ressemble à une membrane fibreuse très épaisse, et qui forme une espèce de kyste in-

complet à la tumeur ; sa face externe adhère très intimement à la dure-mère. Entre l'arachnoïde et la tumeur, on aperçoit une infinité de petits vaisseaux sanguins, qui forment un lassis inextricable, pénétrant dans la tumeur et dans son enveloppe.

Le tissu de la tumeur a tous les caractères du tubercule non ramolli ; il est dur, d'une couleur d'un blanc jaunâtre, d'une consistance comparable à celle de la châtaigne, et on n'aperçoit aucun point ramolli ; il existe une ligne de démarcation bien tranchée entre la tumeur et la substance cérébelleuse, qui est un peu ramollie dans une étendue d'environ deux ou trois millimètres. Le lobe gauche du cervelet a disparu à peu près complètement, et il ne reste plus que le pédoncule et le quart interne de ce lobe ; quant aux lobes moyen et droit, ils ne présentent rien de particulier.

La surface du cerveau et de la moelle présentent des altérations propres à la méningite ; les veines cérébrales sont gorgées de sang ; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaissi, opaque dans certains points, et on voit sur cette séreuse, à la base du cerveau, de petites plaques blanchâtres, formées par des fausses membranes. Dans l'espace sous-arachnoïdien, on voit surtout à la surface convexe du cerveau, une sérosité sanguinolente, qui a teint en rouge la surface et l'intervalle des circonvolutions ; la pie-mère est très injectée, et recouvre de belles arborisations toute la surface du cerveau.

Les ventricules latéraux contiennent un liquide séreux, assez abondant, et dont le poids peut équivaloir à 250 grammes. Les cavités des ventricules latéraux présentent par conséquent une augmentation de capacité proportionnelle à l'épanchement.

La moelle épinière offre aussi des traces d'inflammation siégeant dans ses enveloppes. L'arachnoïde rachidienne n'est pas épaissie ; mais elle est soulevée par une grande quantité de sérosité dans laquelle on voit flotter de petites

fausses membranes blanches, très nombreuses, surtout à la partie inférieure de la moelle. Les vaisseaux de la pie-mère distendus par beaucoup de sang couvrent toute la face postérieure de la moelle, et se continuent jusque sur les nerfs qui forment la queue de cheval.

Hématorachis. — Entre la dure-mère et le canal osseux du rachis, les sinus veineux sont, comme ceux du cerveau distendus par un sang noirâtre ; la rupture de quelques-unes de ces veines a donné lieu à un épanchement, qui s'étend depuis la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la dixième inclusivement. Le sang épanché forme une enveloppe assez épaisse autour des méningées spinales ; mais la faible consistance de ce sang épanché annonçait qu'il avait dû se faire depuis peu ; aussi avons-nous vu, en parlant des symptômes de la compression de la moelle, qu'ils avaient eu lieu la veille de la mort du malade.

Dans la cavité pleurale gauche, il existe quelques adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, formées par des fausses membranes très résistantes ; la cavité séreuse contient un faible épanchement. Le poumon droit est adhérent dans toute son étendue à la séreuse pariétale, sauf au niveau de la face convexe du diaphragme.

Les poumons contiennent beaucoup de sang, surtout à leur partie postérieure ; cette congestion est en partie hypostatique, et en partie due à l'asphyxie. Les bronches sont pleines de liquide spumeux. On ne trouve aucun tubercule ni dans les poumons ni dans les ganglions bronchiques.

Les cavités droites du cœur, surtout l'oreillette, sont distendues par du sang noir très épais.

La muqueuse de l'intestin grêle offre dans des étendues plus ou moins considérables des traces de phlegmasie ; cette partie du tube digestif contient deux *ascarides lombricoïdes*.

Les autres organes, ainsi que les ganglions mésentériques, paraissent sains, et ne contiennent aucun tubercule. La glande thyroïde est un peu hypertrophiée, et s'étend depuis

l'os hyoïde jusqu'au huitième anneau cartilagineux de la trachée.

La tumeur tuberculeuse que nous avons décrite présentait plusieurs caractères d'un squirrhe, premièrement à cause de son aspect, et en second lieu à cause de l'absence complète de tubercules dans d'autres parties du corps; mais l'examen microscopique est venu à notre aide, en démontrant bien que nous avions à faire à une tumeur tuberculeuse.

Entr'autres particularités importantes, cette observation démontre la possibilité d'une destruction presque complète d'un lobe du cervelet, sans paralysie. Ce fait donc est en opposition avec les idées généralement admises par les physiologistes qui regardent le cervelet comme chargé de la coordination des mouvements de locomotion.

BULLETIN N° 11 (Novembre 1846).

RÉDIGÉ.

Par MM. BARTH, BONNET, CAHEN, DE CASTELNAU, CRUVEILHIER, DÉSORMEAUX, HÉRARD, PIGNÉ, POMET, RICHARD, THIBAUT ET A. DEVILLE, secrétaire.

SOMMAIRE.

A. *Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.* — 1. Gastrite chronique. — 2. Tubercules de l'utérus et des trompes. — 3. Fièvre typhoïde. — 4. Diastasis de la colonne vertébrale. — 5. Fracture du poignet. — 6. Vésicule séminale unique. — 7. Fracture du crâne avec épanchement sanguin. — 8. Nerfs des os; lymphatiques des os; vaisseaux des os. — 9. Laryngite, fausses membranes dans le croup. — 10. Ostéomalacie et rachitisme du bassin. — 11. Ramollissement cérébral et dépôts crétacés. Suites d'une apoplexie? — 12. Fausses-membranes filamenteuses entre les cartilages d'incrustation de l'articulation tibio-tarsienne. — 13. Rein déplacé et à l'envers. — 14. Tumeurs pulmonaires chez un homme mort après l'extirpation d'un cancer encéphaloïde du tes-

ticule. De leur nature. — 15. Hypertrophie des follicules intestinaux à la suite des fièvres continues graves. — 16. Ulcération tuberculeuse de l'intestin, bouchée par un ganglion mésentérique tuberculeux. — 17. Kyste suppuré sur la face convexe du foie. — 18. Laryngite simple; différences avec le croup. — 19. Cancer récidivé dans le foie et les poumons, après l'extirpation d'une tumeur de la cuisse. Intermédiaires bien marquées entre de simples tumeurs sanguines ou fibrineuses, et les tumeurs vraiment cancéreuses. — 20. Croup avec asphyxie; trachéotomie et rétablissement des mouvements respiratoires, par l'insufflation artificielle, sans production d'emphysème. De la pneumonie lobulaire, comme complication du croup. — 21. Tubercules du foie? Simples apoplexies. — 22. Tumeur fibro-plastique sous-cérébelleuse et sous-bulbaire, dans la cavité arachnoïdienne. — 23. Cancers mélaniques multiples.

B. *Abcès du foie ouvert dans la plèvre. (Observation et rapport.)*

Extrait des Procès-verbaux des séances de la Société.

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *M. Viallet* fait voir l'estomac d'une vieille femme de 70 ans, morte à la Salpêtrière dans le service de M. Barth remplacé en ce moment par M. Fauvel. Cette femme, sur laquelle on n'a pas de renseignements précis, est entrée dans un état d'amaigrissement considérable; elle se dégoûtait de suite de ses aliments qu'elle changeait souvent; elle vomissait presque tout; elle présentait des alternatives de constipation et de dévoiement; à la palpation, on sentait une tumeur dure à la région épigastrique. La malade est morte trois semaines après son entrée. Le pylore, à l'autopsie, est sain et régulier. L'estomac offre plutôt les traces d'une induration consécutive à une maladie chronique, que d'un véritable squirrhe; il est fortement revenu sur lui-même, en sorte que sa cavité est complètement effacée, toutes les tuniques sont hypertrophées, dures; cette altération est plus caractérisée du côté de la grande courbure; la muqueuse est dans toute son étendue d'un rouge ardoisé, entremêlé par placés de plaques d'un rouge plus vif.

2. *M. Hérard*, montre l'utérus d'un jeune fille scrophuleuse, âgée de 8 ans, morte dans le service de M. Guersant fils, à l'hôpital des enfants, par les progrès d'une pourriture après une amputation de cuisse. La cavité utérine et celle des trompes sont entière-

ment remplies d'une matière jaunâtre, ayant les caractères incontestables du tubercule. La cavité du col utérin n'en contient pas. Il y a des tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques.

M. Cruveilhier a observé plusieurs fois cette altération chez des femmes de tout âge. Constamment les trompes renferment en même temps que l'utérus de la matière tuberculeuse, qu'on retrouve jusque dans la cavité du col.

3. *M. Pons* apporte l'intestin grêle d'une jeune fille de 16 ans, morte à l'hôpital Annexe, dans le service de M. Beau, le neuvième jour d'une fièvre typhoïde. La malade, entrée le 23 août, était dans un état de délire tel qu'il était impossible d'en rien obtenir, et est morte le 25. La mère a donné sur elle les renseignements suivants : elle était mal réglée depuis le mois d'avril, mais se portait assez bien ; il y avait sept jours, ayant bien travaillé jusque-là, elle est rentrée chez elle, se plaignant d'un mal de tête si violent qu'un médecin appelé a cru à une congestion cérébrale liée à l'aménorrhée, et a fait appliquer des sangsues aux organes génitaux. — A l'autopsie, on trouve des lésions fort remarquables dans presque toute l'étendue de l'intestin grêle. Les plaques de Peyer sont tuméfiées, boursoufflées, sans coloration bien notable, comme si la muqueuse avait subi là une sorte d'hypertrophie ; les ouvertures folliculaires devenues considérables, admettraient toutes un cylindre du calibre d'une épingle ordinaire. La même altération se remarque dans les follicules dits isolés ou de Brunner ; et il est aisé de constater qu'il y a sur chacun d'eux, trois, quatre, cinq ouvertures folliculaires, et même davantage. Les ganglions mésentériques sont rouges, mous et fortement tuméfiés. Le gros intestin est sain.

M. Richard fait remarquer que cette éruption si confluyente rentre dans la forme pustuleuse décrite par M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier a étudié soigneusement, en effet, cette forme qui s'accompagne toujours de délire ; il ne sait pas si elle est susceptible de guérison. L'exemple le plus remarquable de cette forme qu'il ait constaté, est celui d'un cuirassier qui descendit de son cheval pour entrer à l'hôpital, et mourut trois jours après.

4. *M. de Beauvais* montre sous le nom de fracture de la colonne vertébrale, une pièce provenant d'un homme mort dans le service de M. Boyer à l'Hôtel-Dieu. En montant sur une voiture chargée

d'avoine, il est tombé du haut de la voiture, et a frappé sur la partie postérieure du cou. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, il était paralysé de la partie inférieure du tronc; on pouvait, avec la pointe d'une épingle, limiter exactement la paralysie de la peau, dans l'espace qui sépare la troisième de la quatrième côte; le mouvement était conservé dans les bras; mais la sensibilité y était très obtuse. Il n'y a pas eu de fièvre, pas d'érections. Des escarres se sont formées et le malade est mort. A l'autopsie, on trouve une déchirure des ligaments jaunes placés entre la cinquième et la sixième vertèbres cervicales; sur la pièce actuelle, comme au moment de l'autopsie, on aperçoit entre les lames de ces vertèbres, un espace libre de près d'un centimètre, à travers lequel apparaît la moelle épinière. L'engrènement des apophyses articulaires ne paraît pas bien changé. En avant, le corps de la cinquième vertèbre repose sur celui de la sixième; mais on peut les écarter aisément, en sorte que le disque intervertébral, entraînant avec lui des lamelles osseuses, a été arraché en totalité de la surface supérieure du corps de la sixième vertèbre cervicale. Pour conserver la pièce avec les rapports des os entre eux, on n'a pu que scier les lames vertébrales au-dessous de la sixième vertèbre cervicale, et l'on voit alors la surface de la moelle qui est un peu congestionnée et paraît continue dans sa longueur. Il y avait au moment de l'autopsie un épanchement sanguin assez considérable dans le canal vertébral.

5. *M. Gogué*, qui demande la parole sur une pièce de fracture du poignet, présentée par *M. Guibout*, dit avoir observé un fait pareil, en 1843, dans le service de *M. Maisonneuve*, qui remplaçait *M. Roux* à l'Hôtel-Dieu. L'individu qui portait cette lésion, dont le diagnostic fut établi pendant la vie, avait en outre une fracture de la colonne vertébrale.

6. *M. Deville* signale une fusion assez rare des deux vésicules séminales en une seule, qu'on peut voir sur un sujet âgé qui sert aux dissections dans son cabinet de Clamart. La vésicule séminale unique est en partie atrophiée, et située juste sur la ligne médiane. De chaque côté, sont les canaux déférents qui sont écartés l'un de l'autre d'un intervalle un peu plus grand qu'un angle droit, au moment où ils s'engagent dans la prostate, de chaque côté de la vésicule séminale dont le canal excréteur n'a pu être disséqué.

7. *M. Gogué* présente une fracture du crâne suivie d'un épan-

chement sanguin, chez un jeune mâçon de 17 ans, tombé sur la tête contre le pavé, d'un échafaudage haut de quatre étages. Le blessé a été transporté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, où l'interne de garde lui a pratiqué une saignée, et fait mettre des sangsues sous les apophyses mastoïdes. Le lendemain matin, le blessé était absolument dans le même état que la veille, lors de son arrivée : perte complète de connaissance ; coma, somnolence ; respiration stertoreuse ; pouls fréquent, faible ; peau sans chaleur ; pas de soif ; perte d'appétit ; constipation qu'il a fallu combattre par des lavements ; *conservation* absolue de la sensibilité et de la locomotilité ; à la partie antéro-supérieure gauche du front, se voyait une plaie longue de six à sept centimètres, ne paraissant pas arriver jusqu'à l'os même ; ecchymose de la paupière supérieure ; pas d'écoulement par le nez ni les oreilles. Le diagnostic était fort difficile à établir. Ce jour-là, M. Jobert continua les antiphlogistiques, deux saignées dans la journée, et des sangsues ; les jours suivants, il employa des purgatifs et des vésicatoires aux jambes. Jusqu'au septième jour, il n'est rien survenu ; ce jour-là, dans la soirée, s'est manifestée une paralysie du membre supérieur droit ; le membre inférieur restait sain. Le lendemain matin, vers 2 à 3 heures, le malade est mort, sans qu'on ait pu savoir si la paralysie avait fait des progrès.

A l'autopsie, on trouve les lèvres de la plaie boursoufflées, remplies de sang ; au fonds le périoste est intact, n'est pas décollé, mais se détache là avec plus de facilité que dessus les points voisins. La fosse temporale gauche est remplie par un épanchement sanguin très considérable, au milieu duquel le muscle temporal est à l'état de bouillie. Sur le frontal gauche se voit une fracture simple, sans déplacement, étendu du niveau du tiers interne du bord supérieur du frontal, obliquement en avant et en dedans, vers le bord interne du frontal ; sa longueur est de 4 à 5 centimètres. Au voisinage, les sutures fronto-pariétale et écailleuse sont notablement disjointes. A la face interne du crâne, entre les os et la dure-mère, existe un épanchement sanguin énorme, qui répond à la voûte du crâne, à sa face latérale gauche et jusqu'à sa base. La plus grande quantité de sang obéissant à la pesanteur, se trouve à la base. Partout ailleurs, on trouve un caillot de deux centimètres environ d'épaisseur, d'une consistance ferme, brunâtre ; sa face interne est très adhé-

rente à la dure-mère ; sa face externe est aussi adhérente aux os qui se trouvent teints en rouge, devenant presque noirâtre près de la fracture. La dure-mère est d'ailleurs intacte. Le cerveau, vis-à-vis l'épanchement, a subi une dépression considérable, sans altération dans sa consistance, ni dans sa structure. Pas de traces d'inflammation. — La voûte orbitaire gauche n'offre de traces d'aucune lésion récente. Dans son milieu à peu près, se voit une petite ouverture triangulaire dont les bords renversés en haut vers la cavité crânienne sont recouverts de toutes petites végétations osseuses anciennes. Après quelques réflexions sur la difficulté du diagnostic dans ce cas remarquable, M. Gogué dit qu'on avait un instant songé à une trépanation, qu'on y avait renoncé et qu'on avait bien fait ; car l'ouverture n'aurait pas porté sur l'épanchement (1).

8. *M. Gros* montre sur des animaux la disposition des nerfs des os. Dans le dernier concours pour la place d'aide d'anatomie, il avait dû préparer ces nerfs et il a pu en déposer déjà des pièces au Musée de la Faculté ; depuis il a poursuivi ses recherches et trouvé quelques détails nouveaux qui lui paraissent d'un assez haut intérêt sous le rapport de l'innervation des os, ainsi que sous celui des fonctions du système nerveux en général.

Ce qui ressort de la manière la plus évidente de l'examen des pièces de *M. Gros*, c'est l'existence d'un renflement ganglionnaire sur le trajet du nerf au moment de son entrée dans le conduit nourricier de l'os. On peut voir très bien aussi deux des trois espèces de nerfs que *M. Gros* admet pour les os, à savoir les rameaux médullaires qui sont les plus volumineux, les rameaux périostiques et les rameaux osseux proprement dits.

M. Gros présente trois pièces, trois fémurs, deux de cheval, un de vache, qui ont macéré dans de l'acide nitrique très étendu.

La première pièce est un fragment de fémur de cheval. Tout le long de l'artère qui pénètre dans le trou nourricier, se voit un nerf assez volumineux qui l'accompagne ; un peu avant que ce nerf s'engage dans le trou, il offre dans son épaisseur un petit renfle-

(1) C'est une erreur ; la fracture répond à la plaie, et l'épanchement commence au niveau de la fracture, par où il semble même avoir commencé, si on en juge par la teinte plus foncée de l'os en ce point.

(Note du Rédacteur).

ment elliptique, long de deux millimètres au plus, qui tranche manifestement sur le reste de la longueur du nerf par son aspect grisâtre et sa transparence plus grande.

Sur la seconde pièce qui comprend le fémur, le tibia et le péroné d'un cheval, on voit le même fait, c'est-à-dire la présence d'un petit renflement ganglionnaire placé sur le trajet du nerf qui va pénétrer avec l'artère dans le trou nourricier principal du fémur. On y remarque en outre d'autres particularités. Au lieu d'un seul filet tout le long de l'artère nourricière avant son entrée dans l'os, il y en a deux assez volumineux, qui s'anastomosent ensemble. L'artère, au moment de s'engager dans le trou nourricier, envoie une branche de bifurcation considérable, qui va se distribuer dans l'épaisseur du périoste. C'est au niveau de cette bifurcation qu'existe le renflement ganglionnaire de l'un des nerfs collatéraux ; ce ganglion se continue avec un gros filet qui pénètre dans l'os avec l'artère ; de plus, il donne naissance à deux filets plus petits qui restent à la surface de l'os et se distribuent au périoste en même temps que la branche artérielle périostique signalée, qu'ils accompagnent l'un en dessus, l'autre en dessous.

La troisième pièce, un fémur de vache, offre les mêmes dispositions, et permet de plus de constater l'origine des nerfs osseux sur les troncs nerveux de la cuisse. Près du trou nourricier les nerfs qui aboutissent là et qui en partent forment un vrai plexus, une étoile à six rayons, dont le principal, au niveau du centre de l'étoile et à trois millimètres au-delà, est grisâtre, lisse, avec un renflement peu marqué, lorsqu'on a enlevé avec beaucoup de soin tout le tissu cellulaire. Ce plexus est formé principalement par des rameaux du nerf crural ; mais un des rayons de l'étoile indiquée descend avec l'artère crurale jusqu'à la région poplitée, et là se rend au gros nerf sciatique.

Dans la séance suivante, M. Gros montre les dispositions des nerfs osseux sur les pièces qu'il a préparées à propos du dernier concours pour les places d'aides d'anatomie.

La première pièce comprend les os de la jambe d'un homme. On suit aussi sur le fémur les nerfs osseux, mais moins bien pour les rameaux secondaires. Le nerf sciatique poplitée externe donne directement au niveau de la tête du péroné de nombreux rameaux qui vont se jeter directement dans les trous de la partie antérieure

et supérieure du tibia ; quelques-uns de leurs filets vont jusqu'à l'articulation du genou, disposition constante; car M. Gros a remarqué que les nerfs synoviaux et les nerfs des extrémités spongieuses des os qui forment les articulations, proviennent en général de la même source, pour ce qui est du moins relatif aux os longs, sujet des études de M. Gros. Un rameau périostique, venant aussi du poplité externe descend d'abord sur le ligament interosseux et se divise ensuite sur le périoste du tibia. Mais il y en a un bien plus remarquable qui naît en arrière du nerf sciatique poplité interne, se porte immédiatement en avant avec l'artère tibiale antérieure qu'il accompagne; là il s'applique sur la face antérieure du ligament interosseux dans l'épaisseur duquel il est logé, et descend ainsi jusqu'à la partie inférieure, en fournissant tout du long des filets qui se jettent sur le tibia à partir de sa moitié inférieure, jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne aux éléments de laquelle il donne probablement. — Tous ces nerfs se distribuent à la face antérieure du tibia. Il en existe un très grand nombre aussi pour la face postérieure; ils naissent tous du nerf sciatique poplité interne ou de ses divisions, et se distribuent les uns au tibia, les autres au péroné. — Sur cette même pièce, M. Gros a fait une tentative pour étudier les lymphatiques des os. Cette étude est très difficile, car on ne doit pas compter sur l'injection mercurielle qui devrait suivre un trajet rétrograde, contre les valvules. M. Gros a pris un ganglion poplité, et en descendant, il a pu suivre, à partir de ce ganglion un filament qui allait se jeter dans le tibia. Ce filament, qui se voit très bien encore aujourd'hui, avec la largeur ordinaire d'un lymphatique paraissait bien être un vaisseau alors que la pièce était fraîche; à ce moment la pièce était concluante pour M. Gros.

Pour compléter sa description des nerfs des os, M. Gros présente un tibia de cheval, tibia fendu, sur lequel on suit un filet nerveux à travers le trou nourricier, le long de l'artère. Dans le canal médullaire, ce filet fournit deux branches dont l'une traverse dans une grande étendue le canal, et va se jeter dans l'origine du tissu spongieux du tibia, où elle se perd.

M. Gros revient en outre sur la disposition du principal nerf des os longs qui entre par le trou nourricier. Dans une des dernières séances, il a montré là un renflement et une disposition plexiforme.

Ce renflement ne se voit pas constamment; mais le plexus existe toujours; il est très développé, formé par de nombreux rameaux anastomosés sur la pièce que nous présente M. Gros.

Une pièce assez intéressante démontre le fait déjà connu de la disposition des vaisseaux dans les os. De ces vaisseaux, les uns viennent des branches qui passent dans le trou nourricier, et se distribuent aux parties centrales et médullaires; les autres destinés à la surface et aux extrémités viennent des branches de deuxième et troisième ordre. En injectant l'artère du trou nourricier d'un tibia, M. Gros a réussi à remplir de nombreuses anastomoses vasculaires, larges et polygonales d'un long noyau ovale qui occupe le centre de l'os. Les extrémités et la surface non injectées, tranchent par leur couleur blanche sur la couleur rosée de ce noyau central qui se voit très bien sur la coupe de la pièce déposée au Musée de la Faculté. Cette disposition des vaisseaux est absolument la même que celle des nerfs tels que les décrit M. Gros.

9. *M. Hérard* apporte une pièce relative au croup, et qui montre combien le diagnostic de cette maladie, assez facile en général, peut parfois devenir embarrassant. La pièce provient d'une petite fille de 5 ans, morte il y a trois à quatre jours dans le service de M. Baudelocque. Lors de son entrée elle était prise depuis une semaine d'une maladie qui avait commencé par du rhume, de l'altération de la voix, de la toux et de l'oppression. Voici les phénomènes qu'elle présentait : aphonie incomplète; toux rauque, algre, déchirée; oppression; sifflement laryngo-trachéal qui s'entendait à distance; pas de suffocation; douleur dans le larynx; fièvre forte; rien dans les ganglions cervicaux; rien sur la muqueuse pharyngienne. Peu de jours avant on avait observé dans le même service un cas tout pareil, qui était une laryngite simple, et par suite on a porté le même diagnostic, d'autant plus que les vomitifs employés n'ont amené l'expulsion d'aucune fausse membrane. — A l'autopsie on trouve une fausse membrane ferme, grisâtre, assez épaisse, formant une seule lame qui tapisse toute la trachée et le larynx, mais s'arrête à la partie supérieure de celui-ci, de manière à ne pas dépasser les replis arythéno-épiglotiques, disposition fort rare. Cette fausse membrane adhère assez à la muqueuse sous-jacente, qui est épaissie, un peu fongueuse et colorée en rouge assez vif par un mélange de petits points rouges et d'arborisations très abondantes.

On trouve dans les poumons un peu de pneumonie au troisième degré.

Ce fait n'étonne pas M. Cruveilhier qui n'a pas constaté dans sa pratique la présence si fréquente, d'après quelques auteurs, de fausses membranes gutturales dans les cas de croup ; il a cru même devoir s'élever dans son article du Dictionnaire en 15 vol., contre l'opinion des médecins qui veulent trouver là un signe précieux de diagnostic du croup. Dans son pays, où il a vu beaucoup de cas de croup, les fausses membranes de la muqueuse pharyngienne manquaient souvent ; leur absence était la règle, et leur présence l'exception.

Il n'en est pas toujours ainsi d'après les observations bien suivies par M. Hérard à l'hôpital des enfants, où il y a eu presque une épidémie de croup. Sur une quinzaine de cas, le fait présenté aujourd'hui est peut-être le seul dans lequel il ait manqué des pseudo-membranes sur le pharynx.

À propos de ce fait, M. Mailliot dit qu'il croit avec Stoll, Sydenham, Bordeu et l'école de Montpellier, à l'existence de croup sans fausses membranes, comme il y a des fièvres éruptives sans éruption.

MM. Hérard et Barth combattent cette doctrine contraire aux dénominations adoptées, car une laryngite sans fausses membranes est une laryngite simple et non un croup. Restent à connaître seulement les relations qui peuvent exister entre l'une et l'autre maladie, relations non encore établies. M. Hérard insiste aussi sur la facilité d'erreur de diagnostic entre ces deux maladies, ce que confirme M. Cruveilhier, en citant deux faits, l'un dans lequel on avait cru à un croup qui n'existait pas, et pour lequel on avait cru devoir faire pratiquer la trachéotomie par M. Trousseau, tandis que l'autre est relatif à un enfant suffoqué rapidement par le croup, alors que les parents ne s'inquiétaient pas de la maladie, sous le prétexte que l'enfant l'avait déjà eue plusieurs fois.

10. M. Depaul apporte deux bassins de femme viciés, l'un par l'ostéomalacie, l'autre par le rachitisme, pour montrer la différence qui existe entre les deux. Le premier offre les mêmes déformations mais à un degré moindre que celui montré dernièrement par M. Courtin, et qui sera publié dans un bulletin prochain. Il a été recueilli sur une femme de 34 à 35 ans, arrivée il y a quel-

ques années à la Maternité dans un état très grave, par suite de manœuvres nombreuses déjà pratiquées en ville; on n'avait aucun renseignement sur cette malade qui mourut sans qu'on pût rien lui faire. M. Depaul alla demander des renseignements aux parents; il apprit que cette femme avait déjà accouché très heureusement trois fois à terme; ce n'était que depuis la dernière grossesse qu'elle s'était plainte de quelques accidents, de douleurs dans le bassin et dans le haut des cuisses, de difficultés dans la marche pendant plusieurs mois. — Ce bassin, analogue à celui présenté par M. Courtin, a quelque chose de tout spécial; il suffirait de le voir ou d'en voir un de même genre pour qu'une personne exercée pût dire à peu près dans quelles conditions et vers quelle époque de la vie la déformation a eu lieu.

En effet, l'ostéomalacie arrive dans les conditions dont il s'agit ici, chez les femmes qui ont atteint l'âge de la puberté et acquis tout leur développement, et les déformations ne tiennent pas du tout à des différences de volume d'avec l'état normal; si l'on pouvait rendre mou un bassin de femme qui a été enceinte et attaquée d'ostéomalacie, on pourrait lui redonner de suite sa forme et ses dimensions normales. Ce qui caractérise comme forme un bassin vicié par l'ostéomalacie, c'est un aplatissement oblique, dans le sens des diamètres obliques, aplatissement dû à l'affaissement des branches du pubis. Il peut arriver en même temps, que le sacrum s'affaisse, se porte en avant, de manière à rapprocher l'angle sacro-vertébral de la symphise pubienne. Cet affaissement peut ne pas avoir eu lieu, le diamètre antéro-postérieur avoir conservé ses dimensions normales, et cependant l'accouchement peut être devenu impossible à cause de la déformation de l'arcade pubienne, produite par l'aplatissement latéral des pubis. La symphise du pubis devient saillante en avant en forme de bec de corbeau, suivant la comparaison un peu forcée de Nægelé. Dans les déformations très avancées, par exemple, dans le cas de M. Courtin, le bassin devient triangulaire et ressemble, comme l'a très bien dit M. Nægelé, à un tricorné. Dans ces mêmes bassins très déformés, on peut constater aussi la concavité exagérée du sacrum, l'altération particulière des portions larges des os des fesses qui, au lieu de s'aplatir et de s'étaler, se recoquillent sur elles-mêmes et en dedans. On a signalé l'amincissement des os, surtout à la partie moyenne des fosses iliaques, ce qui est peu marqué sur la pièce de M. Depaul.

Toutes ces déformations sont différentes de celles qui existent sur les bassins rachitiques qui, en général, sont altérés dès les premiers âges de la vie. Dans ceux-ci, il y a agrandissement plutôt que rétrécissement. Le sacrum tend à devenir droit et même convexe en avant, ainsi que M. Depaul a pu le constater une fois. L'arcade pubienne s'élargit; les fosses iliaques s'étalent en dehors.

On n'a pas encore tenu suffisamment compte de toutes ces différences dans les déformations envisagées sous le point de vue des accouchements.

M. Deville accepte en général les vues que vient d'émettre M. Depaul; mais il y a des faits contradictoires. Ainsi chez les rachitiques il peut y avoir enroulement en dedans, recoquillement des fosses iliaques, comme le montre le bassin d'enfant rachitique présenté par M. Deville à la Société Anatomique et déposé par lui au Musée Dupuytren.

M. Depaul n'a pas prétendu que les différences citées entre les bassins rachitiques et les bassins viciés par l'ostéomalacie fussent constantes et absolues; il admet des exceptions, car il connaît le fait de bassin rachitique qui présentait les déformations attribuées ordinairement à l'ostéomalacie, publié par M. Nœgelé qui ne veut pas de ces différences.

11. M. *Dagincourt* fait voir une portion de cerveau d'une femme âgée de 35 ans, morte dans le service de M. Serres à l'hôpital de la Pitié. Lorsqu'elle est entrée dans ce service, il y a une huitaine de jours, elle offrait quelques-uns des signes d'un ramollissement cérébral, c'est-à-dire une paralysie complète du côté gauche, avec inclinaison latérale de la tête de ce côté; pas de délire, intelligence conservée, mais trop faible pour pouvoir fournir aucun renseignement précis. A l'autopsie, on trouve dans la partie latérale droite du cerveau, un point où la substance grise a tout-à-fait disparu, et au-dessous la substance blanche a changé de couleur dans une étendue dont le volume égale celui d'une noix environ; elle est devenue rosée, très vasculaire et d'une dureté assez notable, en même temps qu'elle a perdu ses autres caractères de l'état normal; elle est parsemée de fibres ou tubes à disposition rayonnée, presque disposés en croix, dont l'aspect est assez brillant, et dont le volume ressemble beaucoup à celui des tubes urinaires dans la substance tubuleuse des reins. Tout autour existe un ramollissement assez

notable de la substance cérébrale. La substance grise des circonvolutions voisines est criblée d'un grand nombre de petits grains irrégulièrement polyédriques, d'une substance dure, crétacée; le volume de ces petits grains se rapproche de celui des grains de millet.

M. Macquet demande quel était l'état des méninges, et si les artères cérébrales étaient ossifiées. — Les méninges étaient intactes, sauf un peu d'adhérence au niveau de la lésion. Quant à l'état des artères, il n'a pas été noté.

M. Deville pense que toutes ces lésions pourraient bien être rapportées à un ancien foyer apoplectique cicatrisé.

M. Richard trouve au contraire que ces lésions représentent très bien l'ensemble des caractères assignés par M. Bouillaud au début de l'encéphalite, époque à laquelle la substance cérébrale enflammée a augmenté de consistance.

M. Barth partage l'avis de M. Richard; il voit ici deux lésions bien distinctes, l'une très facile, l'autre difficile à déterminer dans leur nature. Ainsi l'on trouve d'abord une rougeur, une injection vasculaire fine, très prononcées, ou pour mieux dire les caractères d'une inflammation accompagnée des transformations qu'elle produit, à savoir l'augmentation de consistance et la diminution de cohésion. Il y a donc bien certainement une inflammation très violente et très prononcée. Quant à la seconde lésion, caractérisée, par le dépôt des grains crétacés, il est difficile d'en dire la nature.

M. Dagincourt est peu disposé à accepter que deux lésions, placées ainsi l'une à côté de l'autre, soient dues à deux causes différentes.

M. Richard répond que la chronicité de l'une n'implique pas forcément la chronicité de l'autre. Toutes deux peuvent avoir été produites par une même cause, qui a produit d'abord une lésion chronique et ensuite une lésion aiguë.

M. Deville insiste sur son opinion, qui lui paraît être la plus acceptable. Qu'il y ait des traces d'une inflammation, cela est incontestable, car une partie de l'injection et le ramollissement en démontrent l'existence. Mais qu'on puisse appeler cela une inflammation violente et prononcée, cela est difficile. Comment admettre une inflammation violente alors que pendant la vie il n'y a eu ni délire, ni céphalalgie, ni convulsions, ni troubles graves de l'intelligence. Le plus grand nombre des lésions, les concrétions crétacées, les

fibres rayonnées, dures, comme cicatricielles, la plus grande partie de l'injection, se rapportent au contraire très bien, ainsi que les symptômes observés, aux suites d'un ancien foyer apoplectique.

M. Dagincourt penche en faveur de la même opinion qui est, selon lui, la plus probable.

M. Barth ne se rend pas à ces arguments. Les raisons tirées de l'absence des phénomènes ne sont pas concluantes. L'inflammation cérébrale présente naturellement de nombreuses différences. D'ailleurs, les phénomènes d'excitation peuvent avoir été très courts et n'avoir existé qu'avant l'arrivée de la malade à l'hôpital.

12. M. *Gratin* montre le pied d'une femme de 67 ans, entrée le 16 novembre dernier à la Pitié, dans le service de M. Giraldès, actuellement suppléant du professeur de clinique. Cette malade avait eu il y a trois ans, ce qu'elle appelait un érysipèle phlegmoneux du pied droit, dont les fonctions depuis ne s'étaient plus rétablies; il s'était établi des trajets fistuleux par lesquels un stylet introduit arrivait jusqu'à la surface des os tarsiens dénudés. Il en était résulté un repos absolu du pied pendant trois ans. La malade admise dans le service chirurgical, y est morte le 14 novembre, à la suite d'une pneumonie accidentelle. A l'autopsie on trouve une ostéite notable de tous les os du tarse. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence d'une pseudo-membrane placée dans l'articulation tibio-tarsienne et disposée sous forme de filaments étendus verticalement du tibia à l'astragale, entre les cartilages de revêtement qui sont parfaitement intacts.

M. Barth développe les conséquences importantes de ce fait qui permet de comprendre les succès obtenus parfois par certains rebouteurs qui guérissent par l'extension brusque les ankyloses incomplètes produites par un repos trop prolongé. Il ne faudrait pas trop se fier cependant à ces extensions brusques qui peuvent produire des accidents graves, comme dans un cas dont M. Mailliot rapporte l'histoire, et comme on a pu l'observer lors des essais malheureux de M. Louvrier. Il importe donc que ces extensions soient produites et surveillées par des chirurgiens bien entendus. M. Macquet rapporte un cas de guérison observé récemment à l'hôpital Cochin dans le service de M. Nonat, pour montrer combien l'extension lente est applicable dans ces cas.

13. M. *Deville* présente un rein tourné à l'envers, pris chez un

homme d'une trentaine d'années, assez bien constitué, mort de tubercules pulmonaires, intestinaux et mésentériques, et dont le cadavre sert en ce moment aux dissections à Clamart. Tous les viscères sont bien développés et à leur place. Le rein droit seul est déplacé, de façon à ce que sa moitié inférieure, appliquée sur le muscle psoas, arrive jusqu'à la fosse iliaque, par-dessous la base du mésentère, et par-dessous le péritoine qui le recouvre de manière à en être soulevé, sans aucune altération d'ailleurs. Ce rein est en même temps retourné, c'est-à-dire que son bord convexe regarde la colonne vertébrale et que son bord concave, avec le bassinet et l'uretère est en dehors. Le hile du rein est déformé; les vaisseaux qui y arrivent passent en haut de la face antérieure sur la largeur de laquelle ils ont creusé un sillon assez profond dans lequel ils se logent. — Cette disposition fort rare du rein, et qui semble même n'avoir pas été encore rigoureusement décrite, s'est produite suivant un mécanisme bien facile à comprendre; le rein s'est déplacé en descendant, comme cela a déjà été vu tant de fois; au même moment il a éprouvé, suivant son axe vertical, un mouvement de rotation qui a porté le bord convexe ou externe, en arrière d'abord, puis en dedans, et réciproquement pour le bord concave ou interne.

M. Barth fait remarquer qu'en général un rein qui se déplace se déforme en même temps.

14. M. Gubler montre des portions de poumon provenant d'un homme mort hier dans le service de M. Velpeau au quinzième jour d'une opération de castration faite pour un cancer encéphaloïde du testicule. Cet homme, âgé de 33 ans, est mort au milieu de symptômes ambigus qui ont pu faire croire à la généralisation de l'affection cancéreuse, tandis que quelques personnes ont cru à l'existence d'une infection purulente. Il y a eu un frisson initial, une dyspnée notable qui s'est accrue jusqu'à la mort, et une teinte très jaune de la peau, au point que l'on put songer à l'existence d'une maladie du foie. A l'autopsie, on trouve du pus dans les plèvres. Les poumons sont criblés de tumeurs nombreuses dont plusieurs ont le volume d'un marron; ces tumeurs, d'une forme arrondie ou elliptique, nullement polyédrique, ont une couleur rouge grisâtre; elles sont toutes constituées par un amas de substance molle, facile à écraser, composée de filaments mal définis et entre-

mêlés de manière à circonscrive des intervalles remplis d'une bouillie sanguinolente; plusieurs sont fortement ramollies vers leur centre et constituées là par une sorte de bouillie grisâtre; presque toutes sont faciles à énucléer de la coque pulmonaire qui les environne; il reste alors une cavité régulière, non limitée par un kyste, mais formée par le tissu pulmonaire lui-même qui est parfaitement sain. Dans le péricarde il y a un peu de sérosité qui contient, comme d'ailleurs d'autres liquides, des éléments de la bile démontrés par l'analyse chimique.

M. Deville croit devoir comparer ce fait à celui qu'il a présenté dernièrement à la société, et qui offre avec celui-ci de singulières analogies. Le fait de M. Gubler seul ne pourrait servir à porter une conclusion rigoureuse; mais rapproché de l'autre, il devient plus facile à comprendre. C'est en s'aidant de cette analogie que M. Deville croit pouvoir adopter l'opinion de ceux qui ont vu chez le malade de M. Gubler une infection cancéreuse. Les tumeurs pulmonaires seraient donc une conséquence de cette infection. Ce fait est fort remarquable. On sait en effet que lorsqu'une tumeur cancéreuse enlevée récidive, souvent la récidive a lieu sur un organe plus spécial pour chacune des parties du corps primitivement malade. Or le cancer du testicule n'a paru jamais, jusqu'à présent, récidiver du côté des poumons. Le fait pourrait bien exister sans avoir été signalé; cela se comprend très bien quand on sait le peu d'autopsies complètes qui se font en général dans les services chirurgicaux. Quoi qu'il en soit, si l'opinion de M. Deville est exacte, il est fort remarquable de voir la récidive d'un cancer qui occupait d'abord le testicule, se faire ensuite dans le poumon.

M. Cruveilhier déclare que pour lui les tumeurs pulmonaires présentées par M. Gubler sont des abcès commençants. On y trouve presque tous les degrés depuis le pus infiltré, jusqu'au pus lie de vin qui commence à se réunir en foyer.

M. Barth vient confirmer l'opinion de M. Cruveilhier. Lorsqu'il y a cancer du poumon, on le trouve disposé de la façon que voici: si c'est du squirrhe, il est placé le long des vaisseaux; si c'est de l'encéphaloïde, il est groupé en masses qui, par la pression, laissent suinter un suc blanc. Or, dans les tumeurs que présente M. Gubler, on ne trouve rien de pareil, tandis que tous les caractères d'abcès en voie de formation, contenant du pus lie de vin, s'y rencontrent.

En d'autres termes ce sont là des abcès dus à une infection purulente, avec les degrés successifs caractérisés au commencement par la simple congestion, puis par l'apparition du pus.

M. Macquet aurait voulu que la pièce eût été soumise à l'examen microscopique. M. Gubler répond que cet examen a été fait et a démontré que les tumeurs étaient constituées par de simples éléments du sang, surtout par des éléments fibrineux.

M. Laillier ne peut pas admettre que ces tumeurs soient le produit d'une infection purulente. Après 5 à 10 jours de maladie, les abcès devraient être plus avancés, et puis l'on aurait dû trouver au microscope des éléments du pus, ce qui n'a pas eu lieu.

M. Lebert déclare que les tumeurs pulmonaires ne lui paraissent pas être du cancer. Il ne connaît pas d'exemples de tumeurs cancéreuses aussi multipliées, qui se soient développées en 15 ou 18 jours. La pleurésie suppurée est un fait à invoquer encore contre la nature cancéreuse de la maladie. Il n'y a pas non plus les caractères ordinaires des tumeurs cancéreuses telles que M. Lebert les a trouvées constamment dans les poumons, entr'autres la coupe homogène et l'infiltration par un suc lactescent. — Les tumeurs présentées peuvent être plutôt rapportées ou à des abcès métastatiques, ou à une pneumonie lobulaire ou à des épanchements fibrineux. Vu l'absence de l'infiltration noirâtre qui existe dans les tissus voisins des foyers apoplectiques, M. Lebert ne pense pas qu'il s'agisse ici de foyers sanguins; il penche plutôt en faveur d'une pneumonie lobulaire.

M. Moutard Martin soutient cette dernière opinion. Les tumeurs en question ressemblent beaucoup à certaines pneumonies des vieillards, dans lesquelles on trouve souvent des dépôts fibrineux, et parfois dans le centre des noyaux du pus infiltré qui finit plus tard par se réunir en foyers.

M. Mailliot déclare aussi que ce sont des noyaux de pneumonie lobulaire; la présence de la fibrine n'est pas du tout contradictoire. Il n'y a d'ailleurs aucune analogie entre la pièce actuelle et celle qu'avait présentée M. Deville.

M. Laillier est pour l'opinion émise par M. Deville, et il espère pouvoir présenter dans la prochaine séance des pièces prises chez un homme mort après une extirpation de tumeur cancéreuse de la cuisse, qui viennent confirmer cette opinion.

M. Deville persiste dans sa manière de voir. Si l'on analyse le fait présenté, on peut le juger actuellement sur ce que démontre l'anatomie pure et simple, mais de plus, on peut et l'on doit le juger aussi d'après son analogie avec d'autres faits. Si l'on s'en rapporte à l'examen extérieur, il est impossible de voir là autre chose que des tumeurs fibrineuses ; on n'y trouve que de la fibrine plus ou moins colorée par du sang. Voilà leur véritable caractère actuel, ce que démontre en outre le microscope suivant MM. Laillier et Gubler. De pneumonie lobulaire il n'y a pas trace : les tumeurs s'énucléent complètement et avec facilité ; dans leur intérieur on ne trouve aucune trace d'éléments pulmonaires ; à l'extérieur, le tissu pulmonaire est parfaitement sain. Ce sont donc des tumeurs fibrineuses. Peut-on remonter plus loin encore dans l'appréciation de leur nature ? Oui, en s'aidant de l'analogie avec la pièce présentée il y a quelque temps. Ces épanchements sanguins tiennent à la congestion brusque, active qui s'est faite dans l'intérieur du poumon au moment où allaient se déposer des tumeurs cancéreuses ; cette congestion est de même nature que celle qui a lieu dans l'intérieur des tumeurs cancéreuses déjà formées, où elle produit aussi de l'apoplexie. Si le malade n'avait pas succombé si rapidement, à cette congestion apoplectique aurait succédé la sécrétion cancéreuse, comme chez le malade dont M. Deville a rapporté précédemment l'histoire.

M. Barth s'étonne qu'il y ait des doutes à élever, alors qu'une certaine série de phénomènes ayant eu lieu pendant la vie, et certaines lésions se retrouvant à l'autopsie, les uns et les autres se rapportent régulièrement à une même maladie. Qu'a-t-on observé pendant la vie ? Des frissons, de l'abattement, une teinte jaune de la peau, de la dyspnée, et comme conséquence, la mort. Qu'y a-t-il à l'autopsie ? Des tumeurs qui sont des abcès en voie de formation. N'est-ce pas là une infection purulente bien caractérisée ? On ne peut pas songer à un cancer ; il n'y en a pas de traces. Ce n'est pas une pneumonie, car dans cette maladie on ne retrouve pas autant de sang. La seule difficulté pour admettre l'infection purulente réside dans l'état peu avancé des abcès ; mais cela prouve seulement que parfois les phénomènes de l'infection purulente peuvent marcher avec une certaine lenteur.

MM. Gubler, Laillier et Deville répondent aux objections qu'on

adresse à leur manière de voir. — M. Gabler, qui a été attaché pendant un an au même service que M. Moutard-Martin à la Salpêtrière, et qui a observé aussi les enfants dans le service de M. Trousseau, n'a jamais vu de pneumonie lobulaire analogue à ce qu'il montre aujourd'hui. Lorsqu'il y a pneumonie, les lobules conservent leur forme polyédrique, ce qui donne à la lésion l'aspect d'une marquetterie, et l'on ne trouve jamais ces formes arrondies que présentent toutes les tumeurs actuelles.

M. Laillier fait voir que l'argument tiré de l'existence d'une teinte jaune pendant la vie, tombe devant le fait de la présence des éléments bilieux, dans le liquide du péricarde et les autres liquides colorés en jaune. — M. Deville croit qu'on peut attaquer bien plus fortement l'existence d'une diathèse purulente que celle d'une diathèse cancéreuse. Les phénomènes observés pendant la vie ne se rapportent-ils pas aussi bien à l'une qu'à l'autre? Le frisson, la teinte jaune, etc... ne sont-ils pas souvent le produit de la maladie cancéreuse. Combien de fois, M. Velpeau, n'attire-t-il pas dans sa clinique, l'attention de ses élèves, sur l'importance de ces signes pour le diagnostic de l'infection cancéreuse à marche aiguë? Les tumeurs trouvées à l'autopsie ne ressemblent en rien aux abcès de l'infection purulente. Jamais, dans les autopsies trop nombreuses de cette terrible maladie, qu'il a eu occasion de faire, M. Deville n'a trouvé des tumeurs ainsi disposées, volumineuses comme des marrons; facilement énucléables, constituées par de simples épanchements fibrineux très friables, et toutes aussi peu avancées vers une formation purulente au huitième jour de la maladie.

M. Cruveilhier déclare que si l'on veut s'en rapporter à son expérience, il n'y a là qu'un commencement de pneumonie lobulaire. Cette pneumonie, compliquée de phlébite capillaire, ressemble souvent à l'apoplexie pulmonaire, de laquelle il est bien difficile de la diagnostiquer au début.

Quant à une altération cancéreuse, on n'y aurait même passongé, si l'on avait eu seulement sous les yeux les tumeurs pulmonaires, sans savoir que le malade avait eu auparavant un cancer.

M. Mailliot trouve que les tumeurs ont une odeur gangréneuse.

Pour M. Barth, c'est l'odeur des abcès dus à l'infection purulente. M. Barth revient, en outre, sur les objections qu'il a déjà émises contre l'existence d'un cancer. Il rappelle que les cancers existent

dans les poumons et jusque sous les plèvres, sans qu'il y ait suppuration dans les cavités pleurales. On ne voit pas pourquoi non plus, avec de simples dépôts fibrineux, il y aurait eu une inflammation pleurale aussi aiguë, tandis qu'avec une infection purulente tout s'explique.

Toute cette discussion, dit M. Cruveilhier prouve les difficultés qu'on rencontre lorsqu'on veut bien interpréter un fait. Cela lui rappelle aussi une longue discussion qu'il eut à Montpellier avec Delpech. Un enfant mort à la suite d'une infection purulente, avait des abcès pulmonaires. Delpech voulait absolument que ce fussent des tubercules.

A la séance suivante, M. Depaul prend la parole pour discuter l'opinion de M. Gubler, relative aux caractères de la pneumonie lobulaire. M. Depaul a présenté dans le temps, à la Société Anatomique, les poumons d'un enfant mort peu après la naissance, en sorte que la maladie avait commencé pendant la vie intra-utérine; ces poumons étaient parsemés de tumeurs jaunâtres fermes et dures, dont quelques-unes se ramollissaient à leur centre et furent considérées comme tuberculeuses; mais une discussion, au sein de la Société, démontra que c'était une simple pneumonie lobulaire suppurée dans quelques points. Or, toutes les tumeurs étaient arrondies et non en forme de marquetterie, comme le voudrait M. Gubler : depuis, M. Depaul a vu un second fait du même genre.

M. Gubler répond qu'il n'a pas voulu établir une loi absolue, mais une règle générale susceptible d'exception. Tout ce que démontre M. Depaul, c'est qu'il a trouvé deux de ces exceptions.

15. M. Lacanal présente, au nom de M. *Richard*, retenu par son service à l'hôpital, l'intestin grêle d'une femme morte de scarlatine à la Charité, dans le service de M. Briquet, après deux jours d'éruption. Il y avait eu frissons, vomissements, angine couenneuse; l'éruption s'était mal faite. Les ganglions mésentériques étaient enorgorgés. Les plaques de Peyer sont volumineuses; les parois des follicules sont hypertrophiées, et leurs ouvertures, très dilatées, forment un piqueté très apparent.

M. Barth fait remarquer que l'on trouve cet état piqueté des follicules chez les individus morts à la suite d'affections fébriles continues graves.

16. M. *Lepelletier* présente, à l'appui de sa candidature, une pièce

de tubercules intestinaux pris chez un homme de 42 ans, mort à Saint-Louis, dans le service de M. Lugol, ayant des tubercules pulmonaires, cervicaux, inguinaux, mésentériques et intestinaux; dans les derniers temps, il y avait eu les signes d'une dysenterie chronique. Les ulcérations qui couvrent l'intestin sont nombreuses et étendues, rouges, et très-analogues à celles qu'on trouve sur les individus morts de fièvre typhoïde avec hémorrhagies intestinales. Par une singulière coïncidence, le fonds d'une de ces ulcérations qui a détruit toute la paroi de l'intestin, est bouché par un ganglion mésentérique tuberculeux assez volumineux, qui lui adhère dans tout son pourtour.

17. M. Goguel montre une tumeur qu'il désigne d'abord sous le nom de tumeur hydatique du foie, recueillie sur un homme de 45 ans, chauffeur dans une raffinerie, mort à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. Lors de la mort, il y avait 7 mois que la tumeur avait commencé à apparaître. Cet homme, d'une constitution débilitée, ayant la face maigre, la peau un peu ictérique, était entré au mois de novembre à l'hôpital, pour une tumeur placée sous les fausses côtes dans l'hypochondre droit; la tumeur du volume d'un œuf était un peu molle, rénitente, fluctuante et mate, mais d'une matité inférieure à celle du foie. On diagnostiqua un kyste du foie, et l'on fit une application de potasse caustique. Quatre à cinq jours après, pendant que l'escarre se détachait, le malade a été pris de quelques symptômes généraux, frissons, fièvres et inappétence sans vomissements; en même temps il s'est passé des changements dans la tumeur qui s'aplatissait, disparaissait sous la pression en produisant du gargouillement, et était devenue sonore à la percussion. Bientôt une nouvelle tumeur fluctuante s'est montrée dans l'hypochondre et dans la région lombaire; la peau a pris là une teinte bleuâtre, s'est amincie, ulcérée, et par l'ouverture s'est écoulée une quantité considérable de liquide purulent, séreux et sanieux. A l'autopsie, on trouve, dans l'épaisseur des muscles qui forment les parois abdominales, un abcès étendu qui communique au-dessus du foie par un trajet fistuleux qui passe le long de la vésicule du fiel. Sur la face convexe du foie, se voit un énorme kyste purulent à parois pseudo-membraneuses épaisses, molles, fongueuses, noirâtres et infiltrées de pus. Le foie est fortement déprimé, comme si le kyste était logé

dans son épaisseur. Le diaphragme adhère à la paroi supérieure du kyste. La plèvre et le poumon sont sains. Rien dans les intestins.

M. Laillier croit que le kyste est à la surface du foie et non dans son épaisseur; la substance du foie a été seulement refoulée.

M. Hérard prouve ce fait, car on suit la capsule de Glisson au-dessous du foyer purulent. Et M. Gogué reconnaît qu'il s'agit là, en effet, d'un kyste purulent placé entre le foie et le diaphragme.

M. Mailliot voudrait qu'on employât avec plus de précision les mots de sonorité et de matité. Lorsqu'on parle de sonorité, on devrait spécifier laquelle. Quant à la matité, qui est toujours absolue, on devrait la distinguer avec soin de la résistance au doigt et de l'obscurité de son.

18. M. Hérard a déjà montré, au moyen de plusieurs pièces anatomiques, combien le diagnostic des maladies du larynx était difficile dans beaucoup de cas. La pièce qu'il présente aujourd'hui démontre que parfois on peut trouver certains signes diagnostics importants. L'enfant duquel est provenue la pièce était une fille âgée de 4 ans 1/2, morte ces jours-ci dans le service de M. Baudeloque, à l'hôpital des Enfants. Elle était entrée dans ce service, il y a quinze jours, pour une scarlatine et un mal de gorge assez violent; au bout de quelques jours, est survenue une aphonie complète, avec une toux éteinte, et plus tard un sifflement analogue à celui du croup, existant pendant l'inspiration et l'expiration; il y avait fièvre vive, assoupissement complet, et dans le pharynx on ne voyait que de la rougeur. A l'autopsie, on trouve une rougeur intense de tout le larynx, se prolongeant dans la trachée jusque dans les bronches. La muqueuse et les cordes vocales sont tuméfiées. Il y a une ulcération commençante sur la corde vocale inférieure droite. — Comme on le voit, cette malade avait eu de l'aphonie, de la toux et du sifflement comme dans le croup: et cependant il y avait dans les symptômes quelques différences appréciables; ainsi il n'y a pas eu d'accès de suffocation, et la toux était éteinte au lieu d'avoir le timbre déchiré, légèrement métallique qu'il présente dans le croup.

19. M. Laillier apporte la pièce de cancer qu'il avait annoncée dans la dernière séance. La pièce provient d'un homme de 44 ans, cultivateur, entré en octobre dernier dans le service de M. Velpeau, à la Charité, où il a été opéré, le 9 octobre, d'une tumeur cancéreuse du volume du poing, placée à la partie inférieure de la cuisse,

au-dessus du condyle interne, dans l'épaisseur du muscle triceps. La tumeur était de l'encéphaloïde. L'opération a été facile, et au bout d'un mois, la plaie allait cicatriser; elle n'était plus qu'à l'état de plaie linéaire, quand elle a commencé à se couvrir de bourgeons de mauvaise nature qu'on a dû réprimer par le nitrate d'argent; ces bourgeons ont disparu et la plaie s'est cicatrisée. A ce moment, le malade, qui se plaignait déjà de douleurs dans les reins, a vu se former dans l'hypochondre droit une tumeur dans le pli de l'aîne. Au bout de six semaines après l'opération, est survenu un œdème des membres inférieurs; il y a eu quelques frissons irréguliers, de la pâleur de la peau qui est même devenue jaune paille, quelques étouffements. Les douleurs lombaires et l'œdème augmentant, le malade est mort le 3 décembre, près de deux mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une masse cancéreuse dans l'aîne. Le foie est farci de masses de différentes natures. — Les unes sont purement cancéreuses encéphaloïdes, dont la plus remarquable a le volume d'une tête d'enfant, et occupe l'hypochondre droit, l'épigastre, jusqu'au flanc gauche. Ces masses cancéreuses sont renfermées dans des kystes peu épais; leur coupe, leur résistance molle, leur vascularité, le suc qu'elles laissent écouler par la pression, ne laissent pas de doute sur leur nature. — D'autres masses sont positivement fibrineuses; la plupart sont noires, composées par de la fibrine qu'imbibe une forte quantité de sang; quelques autres sont plus jaunâtres. De ces masses fibrineuses, les unes sont complètement isolées, sans aucun rapport avec les masses cancéreuses; il y en a une entre autres placée sur le bord tranchant du foie, près de la vésicule, et qui présente à son centre un petit point blanc qu'on aurait pu croire d'abord être un commencement de dépôt de cancer: d'autres masses fibrineuses sont appliquées exactement contre les tumeurs cancéreuses, dont elles sont cependant séparées par le léger kyste enveloppant les tumeurs fibrineuses; elles sont absolument semblables à celles contenues dans les poumons qu'on a présentés à la Société dans la dernière séance; autour d'elles, le tissu du foie est parfaitement sain. Au microscope, MM. Lebert, Robin et Désormeaux, ont trouvé dans les tumeurs cancéreuses tous leurs caractères bien positifs.

Les poumons n'ont pas été soumis à un examen aussi approfondi

que le foie. Il n'y avait pas de masses fibrineuses ; mais il y avait des masses cancéreuses évidentes variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un œuf. La plupart sont placées sous la plèvre. Il y en a qui sont recouvertes de petites plaques rouges ; il n'y en a qu'une seule qui soit tout-à-fait rouge. Les autres sont entourées de tissu tout-à-fait sain.

M. Barth disait l'autre jour qu'un cancer du poumon ne produisait pas d'inflammation ; or, il y avait dans les plèvres des pseudo-membranes de récente formation. — Les petites taches rouges placées à l'extérieur de quelques tumeurs cancéreuses sont composées par de petits réseaux de capillaires sanguins entourés d'une teinte rouge qui annonce un commencement d'ecchymose.

M. Deville regrette que les membres qui avaient rejeté la dernière fois son opinion sur la nature des tumeurs pulmonaires, présentées par M. Gubler, ne soient pas présents aujourd'hui ; car ils verraient dans la pièce présentée la confirmation la plus éclatante de cette opinion. Dans la pièce de M. Gubler, les tumeurs cancéreuses n'avaient pas pu se former encore, à cause de la rapidité de la mort ; tandis que dans la pièce actuelle de M. Laillier, l'individu a vécu assez pour qu'on ait pu observer la série suivante des phénomènes : d'abord, simple épanchement sanguin dû à la congestion rapide que déterminait du côté des organes la sécrétion cancéreuse abondante qui allait se faire, puis la sécrétion cancéreuse elle-même. Appuyé sur ce nouveau fait, M. Deville soutient de nouveau que les tumeurs pulmonaires présentées par lui et par M. Gubler étaient de simples épanchements sanguins, des apoplexies produites par la congestion sanguine abondante, nécessaire pour la sécrétion de cancer qui allait avoir lieu.

20. M. Courtin montre le larynx et la trachée d'un enfant de 2 ans, mort à l'hôpital des Enfants malades, après une trachéotomie. Cet enfant a été apporté à l'hôpital, samedi dernier, avec les symptômes d'un croup qui durait depuis 36 ou 40 heures ; à son arrivée, la face était cyanosée, la respiration haletante, et y il avait quelques accès de suffocation. Trois de ces accès successifs ont mis le malade dans un état presque complet d'asphyxie ; l'enfant paraissait mort. M. Courtin a pratiqué aussitôt la trachéotomie ; pendant l'opération, qui a duré dix minutes, l'enfant n'a fait que deux ou trois inspirations faibles ; et pendant plus d'un quart d'heure après, il

n'y a eu que quelques mouvements déterminés par l'insufflation combinée avec des pressions alternatives sur le thorax. Au bout de ce temps, la respiration s'est rétablie; l'œil est redevenu bon; la respiration est devenue pleine et sans râles; le pouls est monté à 90 ou 100 pulsations. Au bout de deux ou trois heures, l'enfant, qui allait bien, a été pris de tremblements convulsifs après des secousses de toux. Puis vers 5 heures du soir, sans asphyxie, sans accès de suffocation, sans que la canule fût engorgée, sans qu'il y ait eu expulsion de fausses membranes, l'enfant dont le visage était très pâle s'est éteint, sans qu'on ait pu lui apporter aucun secours. — A l'autopsie, on trouve une apoplexie des deux poumons, ou plutôt un engouement hypostatique presque général. La muqueuse des voies respiratoires est épaissie, injectée, et recouverte jusques dans les bronches de tubes de fausses membranes peu adhérentes. On avait noté pendant la vie l'existence de pseudo-membranes sur la muqueuse pharyngienne.

M. Macquet pense qu'il s'agit là plutôt d'une pneumonie que d'un engouement hypostatique.

Tel est aussi l'avis de M. Bonnet, qui se fonde en outre sur un signe précurseur important, les convulsions qui précèdent bien d'autres maladies des enfants, mais très souvent surtout la pneumonie, et doivent en faire soupçonner l'existence, si quelque cause productrice a agi. Comme la pneumonie est une des causes les plus fréquentes de mort dans le cas de croup, M. Bonnet établit qu'il est toujours utile quand la chose est faisable, de pratiquer l'auscultation avant d'ouvrir la trachée; le pronostic en est bien plus assuré. L'administration des vomitifs et du calomel est aussi très utile avant la trachéotomie, car ces agents déterminent entre les fausses membranes et la muqueuse, une sécrétion d'un liquide qui n'est plus coagulable et facilite par suite l'expulsion des fausses membranes.

M. Depaul fait remarquer l'absence d'emphysème, après une insufflation artificielle d'un quart d'heure, suffisante pour rappeler la respiration suspendue. Afin de juger, si la lésion trouvée à l'autopsie était ou n'était pas une pneumonie, M. Depaul regrette qu'on n'ait pas eu aussi recours à l'inflammation.

A propos du fait de M. Courtin, M. Mailliot trouve qu'on ne fait pas assez marcher les malades pour prévenir les pneumohémies hypostatiques.

21. M. *Bernutz* fait voir des tubercules du foie à peu près à tous les degrés, pris chez un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait depuis six ans, une néphrite albumineuse. La surface du lobe droit du foie est bosselée, et si l'on y pratique une coupe, on voit que le tissu est infiltré d'une substance grisâtre qui lui donne près de la surface, une consistance et une résistance très fortes. Les limites de cette altération, qui s'étend à plusieurs centimètres de profondeur, ne sont pas bien marquées. Dans quelques points, le tissu ainsi infiltré, a une consistance presque crétacée. Au sein de cette masse, on retrouve des cavités en voie de suppuration et des tumeurs d'un volume variable, depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une petite noix, constituées par une substance jaune, dure, uniforme, séparable par lames, qui a quelque analogie avec du tissu élastique bouilli, sauf un peu moins d'aspect fibreux. — Deux tubercules crétacés au sommet du poumon droit. Rien à gauche, sauf quelques adhérences au sommet. Pas de tubercules ailleurs.

M. Deville n'accepte pas que cette altération soit tuberculeuse. Il ne voit là qu'une hépatite chronique, et les tumeurs jaunâtres ne sont que des foyers sanguins dont il ne reste plus que la fibrine.

22. M. *Pénard* présente une tumeur de la cavité arachnoïdienne, provenant d'une femme de 45 ans, morte à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Bouvier. Cette femme, qui avait de la céphalalgie, des vomissements opiniâtres et des douleurs abdominales, avait subi infructueusement plusieurs traitements. Cependant, il survint bientôt un peu d'amélioration, et en l'absence de lésions notables, la malade allait être renvoyée, lorsqu'en l'interrogeant un jour, on obtint d'elle, une réponse extravagante. Le lendemain, il y avait un délire peu violent; la céphalalgie continuait; il s'était montré un peu d'amaurose et un commencement de paralysie, surtout du mouvement dans le côté gauche du corps. Le membre supérieur, principalement, sentait encore, mais ne pouvait rien serrer. La malade est morte au milieu de ces phénomènes. A l'autopsie, on trouve au dessous du pédoncule moyen du cervelet à gauche, du côté même de la paralysie, une tumeur du volume d'un tout petit œuf, qui tenait à la surface cérébelleuse, par un petit pédicule membraneux qui s'est déchiré. Il n'y a pas d'inflammation autour; mais la tumeur a fortement déprimé à partir de la ligne médiane, tout le côté gauche du bulbe rachidien, de la protubérance annulaire et du pé-

doncule cérébelleux moyen qui forment une surface concave moulée sur la convexité de la tumeur. Cette tumeur, qu'on avait crue un instant cancéreuse, est une tumeur fibro-plastique, comme l'ont démontré les observations microscopiques de M. Robin. Elle est enveloppée d'un kyste mince et adhérent ; son intérieur est criblé de vacuoles qui paraissent contenir une matière sanguinolente ; les parois de ces vacuoles sont constituées par un tissu élastique, d'un blanc jaunâtre, assez résistant à la pression, et ne fournissant pas de suc cancéreux. Un grand nombre de vaisseaux parcourent cette tumeur.

23. M. *Blot* montre des cancers mélaniques en grand nombre, envahissant une grande partie des organes d'une femme de cinquante ans, morte ces jours-ci à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gailhard. Cette femme a donné peu de renseignements ; elle se disait malade depuis quatre mois. Elle avait commencé par souffrir dans la fosse iliaque droite ; son ventre avait ensuite augmenté graduellement de volume et il était survenu un œdème des membres inférieurs. Elle entra à l'hôpital de la Pitié, il y a cinq semaines et subit une paracentèse abdominale qui donna issue à de la sérosité citrine comme celle qu'on a trouvée dans le ventre à l'autopsie. Sortie de la Pitié, elle est rentrée il y a huit jours à l'Hôtel-Dieu, ayant de nouveau une ascite très prononcée, qui s'était reformée, et de l'œdème des membres inférieurs ; elle était d'ailleurs, dans un tel état de marasme qu'elle est morte deux jours après.

A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale remplie par de la sérosité citrine. Des tumeurs mélaniques en grand nombre, sont placées dans les replis péritonéaux, les organes génitaux, le foie et les poumons. Ces tumeurs, d'un volume variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule, sont toutes entourées d'un kyste qui est complètement formé, dans plusieurs points, tandis que dans d'autres, sa face externe est encore confondue avec le tissu de l'organe dans lequel la tumeur est développée. Elles sont les unes solides et composées par une trame aréolaire, d'un noir mat en général, et entremêlé de gris dans certains endroits ; les autres plus molles, et d'autres moins nombreuses presque réduites à l'état de pulpe. Toute la partie du péritoine qui répond à la région sous-ombilicale est infiltré par la même substance noire qui n'est pas là à l'état de tumeur, mais bien confondue avec la substance

même de la séreuse, qui est devenue un peu plus épaisse. Les tumeurs proprement dites, les plus nombreuses, sont distribuées dans l'épaisseur des replis du péritoine. Tout l'épiploon, à partir du bord du colon transverse, n'est plus qu'un amas considérable de ces tumeurs, dont le volume est très grand. On en rencontre aussi dans le mésentère. Le bassin est rempli par un autre amas de tumeurs mélaniques, au milieu desquelles sont complètement enfouis les organes génitaux internes. Le foie et les poumons sont criblés de tumeurs semblables, qui remplissent aussi toute la moitié gauche du pancréas. Quelques-unes des tumeurs pulmonaires sont placées sous les plèvres.

Rien dans les reins, dans la rate, dans la carreau, ni dans ses membranes, dans les muscles, sous la peau, ni dans les côtes, ni dans les clavicules, les seuls os qui aient été divisés.

Ces derniers renseignements sont fournis sur la demande de M. Richard, qui rappelle un fait du même genre présenté par M. Thibault, mais dans lequel les tumeurs mélaniques étaient répandues d'une manière bien plus générale. Dans les recherches qu'il a faites à ce sujet, M. Thibault a constaté que presque toujours le cancer mélanique avait commencé par envahir l'œil, ce qui ne paraît pas avoir eu lieu dans le cas actuel.

M. Deville prie les membres de la Société de vouloir bien constater la disposition dans l'intérieur des poumons des tumeurs présentées par M. Blot. A part la nature de leur tissu qui est différente, les tumeurs actuelles sont disposées absolument de la même manière comme forme, comme volume, comme circonscription par un kyste et comme intégrité des tissus voisins, que les tumeurs pulmonaires présentées dernièrement par M. Laillier. M. Deville tient à cette constatation, parce que lors de la présentation de M. Laillier, quand M. Deville a voulu rapprocher ces tumeurs du cancer, une des principales objections qu'on lui ait adressées, c'est que le cancer des poumons n'était pas disposé ainsi. Le fait actuel démontre que cette objection n'est pas valable, car il n'y a pas eu à douter de la nature cancéreuse de la maladie.

Abcès du foie, ouvert dans la plèvre.

Observation recueillie par M. Ch. BERNARD, interne des hôpitaux.

Quoique les cas d'abcès du foie s'observent encore assez fréquemment, même en France, et qu'il reste bien peu à apprendre sur cette affection, si souvent étudiée déjà, surtout dans les pays où elle se montre avec le plus d'intensité, cependant, l'observation que nous allons présenter ici, nous semble digne d'attention par la rapidité avec laquelle s'est formé le vaste foyer trouvé à l'autopsie, par la simplicité de l'affection hépatique qui n'a offert aucune de ces complications si fréquentes dans les cas semblables, et enfin par l'évacuation du pus dans la plèvre, terminaison ayant amené bien promptement la mort.

Le 9 avril 1846, la nommée Mengrat, jardinière, âgée de 20 ans, habitant à Paris, depuis huit ans et née à Buffon (Côte-d'Or), entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Grisolle, salle Sainte-Marie, n° 45. Régée à 45 ans, pour la première fois, et mère de deux enfants, elle est accouchée du dernier il y a maintenant quinze mois. Elle a joui constamment d'une bonne santé.

Le 6 courant elle est prise, sans cause appréciable, d'un violent frisson suivi de fièvre et de lassitudes. Le lendemain 7, elle commence à sentir la douleur du côté droit, qui l'oblige à se faire admettre à l'hôpital.

Forte constitution et tempérament sanguin; figure très colorée et d'une teinte jaunâtre, se remarquant, mais à un moindre degré, sur toute la surface du corps. Le poulx est à 130-135, fort, résistant. La respiration très fréquente et très gênée par l'intensité de la douleur que la malade rapporte principalement à droite, en avant et en bas de la poitrine.

Du même côté, mais en arrière et en bas, le son et le bruit respiratoires ont un peu diminué. Du reste, l'anxiété est extrême. (*Saignée de quatre palettes*).

10 avril. — La douleur, momentanément apaisée par l'émission sanguine, est à peu près aussi intense que la veille; cependant, il est plus facile d'examiner avec soin la malade. La teinte ictérique est au moins aussi prononcée; elle existe à un haut degré sur les conjonctives; les urines sont rouges. La matité du son remonte en avant jusqu'au cinquième espace intercostal, et descend à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Constipation depuis quatre jours. *Diagnostic*: Péritonite sus-hépatique. *Prescription*: 40 sangsues sur le point douloureux et 30 grammes d'huile de ricin.

Dans la journée selles abondantes et amélioration sensible.

11 avril. — Le pouls est à 120; la peau chaude; mais la douleur ne se fait plus guères sentir que quand on comprime la partie malade. On perçoit immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes un bruit de frottement péritonéal, qui acquiert son maximum d'intensité dans le courant de la journée, et qu'on ne retrouve plus le lendemain; il est naturellement attribué à la formation de fausses membranes, à la surface convexe du foie. Même prescription, plus des frictions mercurielles.

12 avril. — Le pouls est à 116, plus dur et plus élevé. 40 respirations costales à la minute. Le ventre et le diaphragme se soulèvent à peine. On n'entend plus le bruit de frottement. La douleur, reparue pendant la nuit, s'est propagée dans le ventre, qui est plus développé qu'à l'ordinaire. (30 sangsues, 30 grammes d'huile de ricin, une pilule d'opium et frictions).

Jusqu'à 7 heures du soir, moment où les évacuations al-

vines ont commencé, la malade a été très souffrante ; elle a eu plusieurs vomissements et un hoquet passager. Néanmoins, la nuit a été assez bonne.

13 avril. — Le pouls toujours à 116-120 ; mais la peau moins chaude, l'ictère moins prononcé ; il n'y a plus que 24 respirations à la minute : la pression et la percussion du côté droit ne déterminent plus de douleur marquée. Le côté droit, en avant, semble maintenant au niveau du côté opposé, et le ventre a repris à peu près son volume ordinaire. Selles vertes (1 gramme, 50 de calomel.

L'état de la malade varie peu jusqu'au 23 ; les symptômes généraux restent à peu près les mêmes ; la matité du foie n'augmente, ni ne diminue ; l'ictère persiste ; quant à la douleur, elle se maintient tantôt légère, tantôt d'une intensité très pénible. On continue les frictions mercurielles et les cataplasmes ; l'administration du calomel procure des selles nombreuses.

Nous noterons que c'est le 16 pour la première fois que la saillie occupant la partie supérieure et antérieure de l'hypocondre, saillie qui s'élève insensiblement de la circonférence au centre, fut remarquée. Cette saillie augmente pendant quelques jours, jusqu'au 24 à peu près, diminue un peu pendant les jours qui suivent et ensuite reste stationnaire jusqu'à la mort.

23 avril. — Toujours de la fièvre, de la douleur dans le côté droit, des selles nombreuses, le facies altéré et la malade inquiète. On observe pour la première fois une éruption de sudamina assez gros ; cette éruption s'étendant sur tout le ventre est concentrée autour de la saillie déjà signalée. Même prescription.

Le 25 avril commencent de petits frissons revenant à peu près chaque jour jusqu'à la mort, avec une fréquence très variable.

L'état de la malade se modifie peu jusqu'au 5 mai au matin. Le pouls ne s'était jamais élevé, depuis le moment où il avait

sensiblement baissé, au-dessus de 110; l'ictère avait toujours continué, mais sa couleur s'était changée en une teinte légèrement cachectique. Les selles dans les derniers jours étaient devenues presque continuelles; des sueurs abondantes avaient à plusieurs reprises jeté la malade dans une faiblesse très grande; quelques vomissements avaient eu lieu.

La journée du 4 et la nuit bonnes.

Le 5 vers 8 heures du matin la malade, à la suite de mouvements que lui avait fait faire la sœur fut prise d'une douleur extrêmement vive dans le côté droit et d'une gêne telle dans la respiration qu'on fut obligé de l'asseoir dans son lit.

A 9 heures : 140 pulsations; la matité s'élève en arrière et à droite jusqu'à la fosse sus-épineuse; pourtant dans toute la hauteur de la poitrine on entend encore le bruit respiratoire, mais très faiblement à la vérité. La moitié inférieure de la poitrine, en arrière et du côté droit, est le siège d'une sensibilité morbide qu'éveillent la pression et la percussion; mais on ne sent ni fluctuation, ni empatement dans les espaces intercostaux. Le côté droit paraît bien plus développé que le gauche. (½ ventouses scarifiées, vésicatoire, opium.

— Mort à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie faite le 7 mai à 9 heures du matin. — *Thorax.* La plèvre droite est remplie d'un pus jaune verdâtre, d'apparence homogène, bien lié, d'une consistance visqueuse et d'une odeur très forte, rappelant l'odeur d'ognon. Ce pus, dont nous ne pouvons apprécier la quantité, a fait revenir sur lui-même le poumon et l'a refoulé vers la colonne vertébrale; ce dernier est libre dans l'intérieur de la cavité pleurale, excepté en bas où il adhère faiblement par quelques fausses membranes de formation récente à la plèvre qui tapisse le diaphragme. L'ouverture de communication, entre la plèvre et le foyer d'où s'est échappé le pus, se remarque sur le bord externe du diaphragme, dans le point où celui-ci commence à présenter des adhérences internes avec la paroi

costale correspondante. Cette ouverture de quelques millimètres de diamètre est limitée en dedans par un rebord musculaire appartenant au diaphragme, et en dehors par le bord supérieur de la septième côte, revêtue de son périoste. Les autres organes renfermés dans la cavité de la poitrine nous ont paru sains.

Cavité abdominale. — Le foie, dont le volume n'est pas considérablement augmenté, déborde pourtant les fausses côtes de plusieurs travers de doigt et remonte jusqu'au sixième espace intercostal. Voici du reste ses dimensions :

Du bord droit au bord gauche : 0,30 m.

Du bord supérieur au bord inférieur : 0,20 m.

En dehors du ligament suspenseur existent quelques adhérences fibreuses, peu étendues et peu résistantes. Après cet examen extérieur, le foie est enlevé avec les plus grandes précautions ; mais, malgré le soin mis à cette dissection, on pénètre plusieurs fois, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la pièce, dans l'intérieur du foyer que nous allons maintenant décrire.

La moitié supérieure du lobe droit est occupée par un foyer unique et dans lequel ne se trouve plus qu'une petite quantité de ce même pus verdâtre qui remplissait la plèvre. Il est impossible d'indiquer au juste les dimensions de cette poche. Elle nous paraît avoir 0,45 m. de hauteur sur 0,48 m. de largeur et 0,55 m. de circonférence. De forme à peu près sphéroïde, elle offre un prolongement en haut et à gauche. Dans toute son étendue elle est tapissée par une membrane d'une épaisseur variant de 2 à 5 millimètres, et qui rappelle beaucoup par sa couleur grisâtre et sa densité la membrane muqueuse de l'estomac ayant déjà commencé à subir la transformation squirrheuse. Du reste, cette membrane est excessivement mince en haut, dans les points où le foyer est en rapport immédiat avec le diaphragme ; quoique adhérente au tissu hépatique environnant, elle est pourtant assez facile à séparer, surtout après vingt-quatre heures de macé-

ration dans l'alcool étendu d'eau. La face interne de cette membrane est tapissée par de nombreux et de petits lambeaux de fausses membranes ressemblant à des morceaux d'albumine cuits. Dans l'intérieur du foyer, il existe plusieurs masses, toutes présentant le même aspect extérieur et paraissant formées de la même substance, mais d'un volume très différent. Ces masses, qui ne tiennent plus que faiblement aux parois de l'abcès, sont évidemment des parties du tissu hépatique, ayant résisté au travail de la suppuration, lequel pourtant les a creusées de très nombreuses, de très irrégulières et de très profondes cellules. L'une de ces masses, la plus considérable, située dans la partie externe de la loge, et qui s'est détachée dans quelques mouvements imprimés à la pièce, présente 0,20 de circonférence; elle est jaunâtre; son tissu est assez friable et creusé des cellules que nous avons déjà signalées. La section de cette masse montre que la désorganisation de son tissu a pénétré jusqu'au centre lui-même.

Il est à remarquer d'ailleurs (et cette remarque est importante) que l'abcès est superficiel et n'est séparé en avant de l'extérieur que par une couche très mince de tissu dans laquelle la membrane du foyer entre pour la plus grande part. Mais c'est surtout en dehors, où l'adhérence des parois de la poche aux tissus voisins est tellement intime qu'il est impossible de séparer et de distinguer les différentes parties composant les lambeaux qui existent encore; l'union des tissus est tellement forte que le périoste tapissant les côtes correspondantes et du reste s'enlevant assez facilement de dessus la surface osseuse, est resté sur la surface extérieure de la tumeur, et que, après avoir incisé les muscles intercostaux externes, on aperçoit à travers les fibres de l'intercostal interne, le pus renfermé dans l'abcès: aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner, si, malgré les précautions prises, on a pénétré à plusieurs reprises dans le foyer qu'on voulait respecter. En haut ce foyer, comme nous l'avons déjà dit, n'est

séparé de la plèvre, dans sa partie culminante, que par le diaphragme, dont l'épaisseur n'a guères dans certains points plus d'un à deux millimètres.

Enfin sur la face convexe du foie, près de l'endroit où commencent les adhérences du foie et du diaphragme, se montrent réunis, dans un espace de quelques centimètres carrés, trois ou quatre petits abcès, creusés dans le tissu hépatique et remplis d'un pus jaune parfaitement louable. Ces petits abcès sont très rapprochés du foyer déjà décrit, mais ne communiquent point avec lui. Le tissu du foie est sain, un peu plus rempli de sang qu'à l'ordinaire. Tous les autres organes de l'abdomen n'ont rien offert d'intéressant à noter, si ce n'est l'appendice iléo-cœcal contenant dans son extrémité libre une épingle couverte d'une épaisse couche de rouille. A 35 millimètres à peu près de l'extrémité de l'appendice, on observe un trajet fistuleux de 0,005 à 0,006 m, de longueur creusée dans l'épaisseur des parois de l'appendice et s'ouvrant dans sa cavité par ses orifices circulaires. Ce trajet semble avoir été formé par le passage de l'épingle qui est venue s'arrêter dans la partie de l'appendice *située au-delà*.

Sans entrer dans l'examen des cas nombreux d'abcès du foie, publiés dans des traités spéciaux ou dans des recueils périodiques, examen que la difficulté et le temps ne nous permettent pas d'aborder, nous nous bornerons à signaler quelques points qui nous ont surtout frappé dans l'observation dont nous venons de donner l'histoire.

D'abord, nous rappellerons l'état habituel de bonne santé de la malade, fait qui vous a été confirmé de nouveau par des personnes ayant vécu avec elle depuis sept ou huit ans. Quant à la cause de la maladie, il nous a été absolument impossible de nous éclairer à cet égard. Cette femme, qui habitait, pour ainsi dire, la campagne, menait une vie régulière, ne faisait aucun excès; elle était d'une forte constitution; nous n'a-

vons pu savoir si elle a eu des chagrins violents ; mais rien ne nous a donné ce soupçon.

Une autre particularité de la maladie, aussi intéressante que son développement si soudain et si imprévu, c'est la rapidité de sa marche et le peu de temps qui s'est écoulé entre le début et la formation du pus, d'une part ; entre la suppuration et son évacuation dans la plèvre, de l'autre. En effet, le 6 avril, la malade est prise du frisson initial ; le 24 ou le 25 commencent de petits frissons qui annoncent la formation du pus ; et même dès le 23, on aperçoit des sudamina qui sont pour M. Nélaton, l'indice de la suppuration ; le 5 mai l'abcès s'ouvre dans la plèvre ; et cette femme meurt un mois à peine après le début de l'affection.

Enfin, notre dernière remarque porte sur l'absence d'empiètement des espaces intercostaux, situés au devant du foyer, et par conséquent l'impossibilité pour un médecin prudent de porter le bistouri dans le foie, où tout faisait soupçonner l'existence du pus, mais où rien n'indiquait le point précis qu'il occupait.

**EXTRAIT DU RAPPORT DE M. MOUTARD MARTIN
SUR CETTE OBSERVATION.**

On a diagnostiqué une péritonite sus-hépatique. Permettez-moi quelques réflexions sur ce diagnostic. Observe-t-on dans la péritonite sus-hépatique une tuméfaction du foie pareille à celle qui est signalée ? Je ne veux pas dire par-là qu'il n'y eût pas de péritonite sus-hépatique, mais là n'aurait pas dû se borner le diagnostic ; il y avait certainement une affection du foie qui était cause de la péritonite ; je crois que l'on ne pouvait pas mettre en doute l'existence d'une hépatite.

La cavité du foyer purulent, dit M. Bernard, était tapissée par une membrane d'une épaisseur variant de 2 à 5 millimètres, et qui rappelle, par sa couleur grisâtre et sa densité,

la membrane muqueuse de l'estomac ayant déjà commencé à subir la transformation squirrheuse. Dans le courant de son observation, M. Bernard a rapporté le début de la suppuration au 25 avril; la malade est morte le 5 mai : est-il possible de croire à la formation d'une membrane pyogénique d'une pareille épaisseur, d'une organisation aussi complète dans l'espace de dix jours? N'est-il pas plus probable que chez cette femme existait à l'avance une vaste poche hydatique qui s'est enflammée, a suppuré, et a fini par s'ouvrir dans la plèvre? Je crois cette supposition bien plus admissible qu'une suppuration aiguë de la substance hépatique, et d'ailleurs, plus loin, nous lisons dans l'observation : « La face interne de cette membrane est tapissée par de nombreux et de petits lambeaux de fausses membranes ressemblant à des masses d'albumine cuite; dans l'intérieur du foyer, il existe plusieurs masses; toutes présentent le même aspect intérieur et paraissent formées de la même substance, mais d'un volume très différent. » Je n'étais pas présent à la séance où M. Bernard a présenté sa pièce; je ne sais pas quelles objections ont pu lui être faites; mais il me semble que ces masses pouvaient bien n'être que des débris d'hydatides.

Dans le voisinage du foyer principal existaient trois ou quatre petites collections purulentes qui, d'après nous, ne seraient que le résultat de l'inflammation hépatique déterminée par la proximité de la poche hydatique enflammée.

Dans les quelques réflexions qui accompagnent cette observation, M. Bernard s'étonne de la rapidité de la suppuration dont il fait remonter le début seulement au 25 avril, ou au 23, car, dit-il, ce jour on aperçoit des sudamina, qui sont pour M. Nélaton l'indice de la suppuration. Permettez-moi d'émettre au moins un doute sur ce signe diagnostic de la suppuration : il est beaucoup de maladies graves où l'on voit survenir des sudamina sans qu'il y ait jamais suppuration, et dans l'immense majorité des maladies où l'on voit la suppuration s'établir il ne survient pas de sudamina.

BULLETIN DU MOIS DE DÉCEMBRE 1846.

SÉANCE PUBLIQUE.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Barth ouvre la Séance par le discours suivant :

Messieurs,

S'il est une vérité incontestable et aujourd'hui à peu près universellement reconnue, c'est l'importance des faits pour l'avancement des sciences, et la supériorité de leurs résultats sur ceux des idées spéculatives les plus ingénieuses.

Les systèmes passent, les théories disparaissent; les faits seuls demeurent et conservent une valeur proportionnée à leur exactitude et à leur degré d'authenticité.

L'histoire de la médecine en fournit la preuve, depuis son origine jusqu'à nos jours : longtemps stationnaire, tant qu'elle ne repose que sur des opinions plus ou moins probables, la science des maladies ne fait de réels progrès que du moment où elle s'appuie sur la base solide des faits bien observés ; et quand on suit sa marche à travers

la succession des siècles, on voit son développement subir des temps d'arrêt aux époques où règnent des systèmes exclusifs, et reprendre un nouvel essor lorsque l'ardeur de dogmatiser à l'aide d'opinions préconçues fait de nouveau place à l'investigation patiente mais fructueuse des phénomènes de la nature. Aussi, parmi les monuments de la science qui des temps antérieurs sont arrivés jusqu'à nous, ceux qui ne renferment que les théories, jadis en faveur, sont restés à peu près stériles et n'inspirent aujourd'hui que l'intérêt de l'histoire, tandis que ceux qui sont riches de faits constituent des documents précieux et toujours avidement recherchés.

Nous sommes aujourd'hui, messieurs, dans une de ces périodes de retour vers l'étude. A peine échappés à l'entraînement d'une opinion dominante, nous recommençons à ~~scruter avec ardeur le livre de la nature~~; et du spectacle même de tous ces systèmes écornés les uns après les autres, est sortie la conviction intime que la voie la plus sûre pour le perfectionnement des sciences médicales est dans la recherche attentive et l'appréciation impartiale des faits.

De toutes les sociétés nées sous l'influence de ces idées positives, de ce besoin de connaître si ardent de nos jours, ~~nulle ne remplit mieux que la Société Anatomique les conditions capables de bien servir la science.~~

Ici les faits abondent et nulle part ils ne sont approfondis d'une manière plus complète; nulle part peut-être ils ne reçoivent une authenticité plus réelle. Vous savez, Messieurs, que la Société Anatomique s'est proposé pour sujet d'étude la connaissance de l'organisation dans l'état sain et dans l'état morbide, pour en déduire les applications au traitement des maladies qui doit être le but final et le point de convergence de tous les efforts.

Eh bien, dans le sein de la Société, toute découverte d'anatomie normale est immédiatement appuyée par les pièces justificatives et n'est sanctionnée par elle que si la

démonstration lui paraît évidente. Les faits cliniques qui ne comportent pas une exposition aussi complète, sont cependant garantis par la présentation de la partie malade devenue susceptible d'examen après une opération chirurgicale, ou par le dépôt des organes soigneusement recueillis après la mort.

Rendus de la sorte, autant qu'il est possible, appréciables par les sens, les faits sont soumis à une discussion sérieuse qui éclaircit les points douteux, répare les omissions, suspend les jugements anticipés, rectifie, au besoin, les erreurs; et ils sortent de cette épreuve avec un caractère d'authenticité qui leur donne un nouveau prix.

C'est par cette sage méthode que la Société Anatomique rend à la science de véritables services. Mais ce n'est pas seulement par la valeur de ses documents qu'elle s'est rendue recommandable; c'est aussi par le nombre de ses travaux qu'elle se distingue entre toutes les sociétés médicales.

Il en est peu, j'ose le dire, qui possèdent un choix plus considérable d'observations et de mémoires originaux. Les Bulletins forment 18 volumes jusqu'à ce jour, sans compter les matériaux de quelques-unes des premières années épars dans les publications de cette époque et qui, rassemblés et successivement réimprimés, augmenteront encore ce recueil déjà si riche; 18 volumes renfermant, sur tous les points de l'anatomie morbide, un nombre infini de faits rares et curieux! C'est là une mine féconde où tous les travailleurs trouveront à puiser de précieux documents; c'est, on peut le dire, la collection la plus complète et la plus variée des cas intéressants qui, dans les vingt dernières années, se sont présentés dans les amphithéâtres et dans tous les grands hôpitaux de Paris.

Les faits recueillis dans la présente année ne le cèdent point à ceux des années antérieures soit pour la variété, soit pour le nombre et l'importance. Le rapport de notre

actif et laborieux secrétaire en fera foi : et le résumé qu'il va vous communiquer de tout ce qui a été produit à la Société de pièces curieuses, d'aperçus neufs, de mémoires originaux et d'excellents rapports donnera une idée exacte de l'intérêt de ses séances et de la valeur de ses actes.

Le mérite de ces travaux suffirait pour assurer à la Société Anatomique un rang honorable entre toutes les sociétés savantes si elle n'y avait déjà droit par le nombre et la distinction des membres qui en ont fait partie depuis son origine.

Fondée par Dupuytren au commencement de ce siècle, reconstituée, après quelques années d'interruption, par notre honorable président, la Société Anatomique a dès sa première période inscrit dans ses bulletins les noms des médecins les plus illustres de notre époque, et pour preuve il me suffira de citer, parmi ceux qui ne sont plus, Bayle, Laënnec, Béclard, Bielt, Sanson, Breschet, Maréchal. Depuis sa réorganisation, et par l'heureuse impulsion que lui a imprimée le maître que nous chérissons tous, la Société a pris un développement nouveau, et elle a successivement reçu dans son sein toutes les jeunes notabilités de la science. Internes distingués, lauréats des hôpitaux et de la faculté, agrégés, médecins des hospices, professeurs, hommes de mérite de tout genre, il en est peu qui n'aient été vos collègues ; et parmi ceux-ci il n'en est aucun qui ne soit fier d'un titre que n'ont pas dédaigné quelques-uns des membres les plus illustres de l'institut et dont s'honorent aussi plusieurs savants étrangers de premier ordre.

Ce tableau, messieurs, vous donne la mesure de l'importance de la Société Anatomique, et vous montre tout ce que la science peut en attendre encore. Son glorieux passé met en droit de lui présager un brillant avenir ; pour moi, messieurs, j'ai foi dans ses destinées : La Société Anatomique réunit toutes les conditions d'une prospérité

durable. Elle en a pour gage certain la constante bienveillance de l'illustre doyen de la Faculté qui lui accorde une large part de l'appui qu'il prête à toute institution utile. Elle en a pour garant l'autorité et la puissante influence de l'honorable président qui dirige vos travaux. Elle trouve un élément incessant de vie et d'activité dans l'empressement avec lequel l'élite de la jeunesse studieuse se presse à sa porte; et le succès de ses travaux est assuré par le zèle traditionnel de ses fonctionnaires, par le louable dévouement de son comité de rédaction, par le concours enfin de tous ses membres, auxquels je m'empresserai toujours, messieurs, d'associer mes faibles efforts. Le choix que vous avez bien voulu faire de moi pour votre vice-président annuel, m'en ferait un devoir de reconnaissance si je n'étais mû par l'instruction qui j'y puise et par le bonheur que j'éprouve de me trouver au milieu de condisciples dont les suffrages m'ont été si précieux.

Qui ne verrait, messieurs, un heureux présage pour les destinées futures de la Société Anatomique dans le rapide aperçu que je viens de tracer de tant d'éléments de prospérité? Pourquoi faut-il qu'à des motifs si légitimes de satisfaction et d'espérances viennent se mêler aussi des regrets! pourquoi la joie avec laquelle nous voyons arriver à nous la jeunesse de l'école et des hôpitaux, est-elle si souvent troublée par la douleur de perdre quelques-uns de nos membres les plus estimables! Peu d'années, messieurs, auront été sous ce rapport plus malheureuses que celle qui vient de s'écouler: peu de nos séances solennelles auront entendu proclamer des pertes plus nombreuses et plus considérables. La mort, prenant ses victimes dans tous les âges, dans tous les rangs de la Société Anatomique, semble avoir choisi parmi ses membres les meilleurs et les plus dignes:

C'est Lagrange, élève des hôpitaux, frappé peu de jours avant celui où vous alliez l'admettre définitivement au milieu de vous;

Bornet, interne distingué, qui depuis deux années à peine avait pris part à vos travaux ;

Léon Husson, ancien membre, médecin jeune encore, mais plein d'avenir et déjà honoré comme son digne et malheureux père.

C'est Henri Gaubric, naguère votre secrétaire et vice-président, si prématurément enlevé au début d'une carrière honorablement commencée ;

Auguste Bérard enfin, l'un de vos membres les plus éminents, et qui, parvenu à la position la plus élevée dans l'enseignement et la pratique, recueillait enfin le fruit de tant d'années de travail et d'efforts.

D'autres vous diront, messieurs, combien chacun d'eux avait de titres à notre estime, à notre affection. Pour moi, qui dois à la confiance de notre président l'honneur de porter la parole en cette occasion solennelle, je suis l'interprète de la Société, en leur adressant le douloureux hommage de nos regrets et de nos souvenirs.



**Compte-rendu des travaux de la Société Anatomique, pour
l'année 1846.**

Par le docteur A. Deville, secrétaire.

Messieurs,

La tâche la plus pénible, sans contredit, parmi celles imposées à votre secrétaire, consiste dans la rédaction du compte-rendu de vos travaux dans le cours de chaque année. Tant de faits vous sont présentés, ou sont apportés par vous-même ; ces faits touchent parfois à des questions scientifiques tellement élevées ; tant de discussions qui éclairent souvent une question jusqu'à-la restée obscure, s'élèvent parmi

vous; qu'il devient difficile pour celui qui en est chargé, de réunir en une seule masse tous ces faits, toutes ces discussions, et d'en présenter une analyse exacte qui montre autant que possible leur valeur précise.

C'est qu'en effet, un compte-rendu ne doit pas être un exposé sec et froid de tout ce qui a été dit et vu dans le sein de la Société; ce ne doit pas être une simple table des matières. Il faut au contraire que dans ce compte-rendu, les faits analogues soient rapprochés, dans le but de se prêter un mutuel appui, ou de s'éclairer l'un par l'autre. Souvent ces faits ont été présentés à des époques très éloignées; si l'un d'eux n'est pas bien présent à la mémoire de celui qui les étudie, les rapports qui existent entre eux peuvent être méconnus. Il faut donc que tous ces faits sans exception soient étudiés avec soin, comparés entre eux, et même avec d'autres déjà connus, pour qu'ils puissent devenir vraiment utiles.

Mais d'un autre côté, n'y a-t-il pas à craindre que l'auteur chargé de faire un pareil travail, n'apporte dans cet ouvrage sa personnalité, ne juge à sa manière les faits qu'il devait simplement exposer? Sans doute messieurs, il y a là un écueil difficile à éviter et qui pourrait être bien dangereux, puisqu'un compte-rendu de vos travaux qui doit être surtout le résumé des impressions ressenties par la majorité d'entre vous, pourrait devenir une simple appréciation personnelle du rédacteur.

Entre ces deux difficultés, une table sèche des matières d'un côté, et de l'autre un jugement trop personnel des faits lorsqu'il s'agit de les grouper et de les comparer, il est presque impossible, j'ose le dire, de garder une neutralité absolue. A peu près inévitablement, on retrouvera dans un compte-rendu, l'un ou l'autre défaut, et parfois les deux.

En supposant même que l'un de nous fût assez maître de lui-même pour exposer seulement la manière de voir de ses collègues sur des faits que dans leur ensemble lui seul a

pu et dû bien méditer, que de soins exige encore la rédaction des compte-rendus ! Dans quel ordre les faits doivent-ils être présentés ? Ceci ne saurait être indifférent, car de cet ordre peut dépendre la valeur plus ou moins grande d'un fait. Quels sont ceux sur lesquels il faut insister, et ceux qu'il suffit de mentionner ? Question bien grave aussi, et que plusieurs individus consultés résoudraient souvent chacun d'une façon différente, etc., etc.

Toutes ces difficultés préliminaires levées, on se trouve avoir devant soi une foule de faits bien connus, bien analysés ; leur valeur respective, les conséquences qu'on doit en déduire sont bien établies ; le plan que l'on doit suivre, est prêt ; restent enfin les difficultés matérielles de la rédaction, la clarté, la convenance, et tant d'autres qualités du style qu'on trouve si rarement.

Vous concevez bien, Messieurs, que je n'ai pas pu avoir la prétention de résoudre toutes ces difficultés. Dès qu'il m'a été donné de les apercevoir, j'ai un instant reculé, je l'avoue ; et je n'ai fini par me décider, qu'en cédant aux exigences d'une position que j'ai si vivement sollicitée de vous, et que vous avez bien voulu m'accorder. Ce que je puis affirmer, c'est que j'ai fait tout ce qui dépendait de moi pour ne pas tomber dans des fautes trop graves. J'ai beaucoup compté, d'ailleurs, sur votre indulgence, dans le cas où j'aurais échoué dans l'exécution de quelques-unes des parties de mon travail.

La Société Anatomique, vous le savez, Messieurs, est instituée surtout dans le but de s'occuper de l'anatomie de l'homme sain et malade ; la physiologie et les autres branches de l'art de guérir ne sont pas exclues de la circonscription de ses recherches ; mais par le fait la Société mérite bien son nom, puisqu'elle s'occupe presque exclusivement d'anatomie normale et d'anatomie pathologique. Les conséquences à tirer des faits sont trop différentes dans chacune de ces deux anatomies pour qu'il soit permis de les confondre ici.

Aussi l'usage de tous vos compte-rendus sanctionne-t-il la séparation en deux chapitres de ce qui est relatif à l'une et à l'autre ; seulement ces deux chapitres, si je ne me trompe, se relient insensiblement l'un à l'autre par des transitions qu'on ne peut mettre d'une manière rigoureuse qu'entre les deux.

Vingt-six faits seulement, dont plusieurs ont une très grande valeur, sont relatifs à l'anatomie normale, parmi le grand nombre de ceux qui vous ont été présentés. Vous avez remarqué chaque année que l'anatomie normale était moins souvent l'objet de communications que l'anatomie pathologique. La raison n'en est pas du tout, suivant une idée trop répandue, dans l'état avancé de la science anatomique ; car il y a énormément à faire en anatomie, même en anatomie descriptive. Mais cela tient à ce que la constatation d'un fait d'anatomie normale exige des recherches, du temps, de la patience et une habitude de l'anatomie que tout le monde ne possède pas. Au contraire, à part des exceptions malheureusement trop rares, presque tous les faits d'anatomie pathologique que vous apportez, sont tombés en vos mains presque par hasard ; une courte préparation suffit pour les mettre en évidence. Aussi cette année, comme les précédentes, l'anatomie pathologique vous a occupé le plus souvent ; elle comprend à elle seule cent-cinquante-huit faits bien vus, bien discutés au sein de la société, et une trentaine d'autres faits qui sont encore entre les mains des commissaires chargés de les examiner et de vous faire des rapports à leur sujet. Cela fait un total de plus de deux cents cas qui sont passés sous vos yeux dans le courant de l'année.

Les cent cinquante-huit faits relatifs à l'anatomie pathologique se divisent de la manière suivante : quarante-quatre sont relatifs à des pièces qui vous ont été présentées accompagnées d'observations détaillées ; quatre-vingt-sept sont relatifs à des pièces qui vous ont été présentées sans observations ; enfin vingt-sept faits vous ont été simplement com-

musiques, sans pièces à l'appui. Parmi ces faits, je dois vous prévenir que j'en ai ajouté six qui ont été déjà l'objet d'une mention dans le compte-rendu de l'année dernière, alors que les rapports n'ayant été faits que cette année, ces faits n'ont pu être connus dans tous leurs détails qu'à ce moment. Quand je parlerai de l'un d'eux, j'aurai bien soin de vous prévenir à chaque fois, afin d'éviter un double emploi. C'est pour cette raison que j'ai cru ne pas devoir m'occuper dans mon compte-rendu, des faits qui sont soumis encore à l'examen des commissions; ils ne seront connus, appréciés et publiés qu'après les rapports des commissions; alors seulement ils pourront être placés d'une manière convenable dans un compte-rendu.

Une des parties les plus riches de vos travaux pour cette année, est relative aux rapports faits par plusieurs d'entre vous sur des présentations diverses. Seize rapports, dont quelques uns sont presque des monographies, ont dû être, à cause de leur importance, insérés dans vos bulletins.

Dans le compte-rendu que je viens vous présenter, je dois donc examiner cent cinquante-huit faits anatomo-pathologiques, et vingt-six faits d'anatomie normale; de plus, je dois analyser seize rapports assez étendus.

La conservation des pièces anatomiques est l'une des difficultés qui préoccupent le plus les anatomistes, et dont la solution, encore à donner dans beaucoup de cas, importe au plus haut degré à la science. L'alcool, la créosote, certaines solutions salines, le sulfite de soude et le chlorure de zinc, récemment préconisés par M. Suquet; l'arsenic, le sublimé, etc...., sont d'excellents moyens à employer dans des cas spéciaux, mais malheureusement dans des cas trop restreints. Le nouveau procédé dont M. Pigné a obtenu de si beaux résultats, qu'il a soumis à votre examen, n'est peut-être applicable, lui aussi, que dans certains cas. Ceci ne doit pas vous étonner, d'après la remarque de M. Barth, puisqu'il est reconnu par toutes les personnes livrées à l'étude de l'anatomie, que telle substance apte à conserver cer-

taines préparations anatomiques, laisse les autres s'altérer ou se putréfier. Le procédé de M. Pigné, du reste fort remarquable pour la conservation de la forme et du volume des objets, même un peu de leur coloration, consiste dans une macération préalable de la pièce qu'on veut conserver dans le liquide aujourd'hui connu des anatomistes sous le nom de liquide de Richard Owen.

L'action de quelques-uns de ces liquides conservateurs, surtout du chlorure de zinc, est fort singulière, et a donné lieu à une disposition fort bizarre au premier abord, dans un cas que vous a présenté M. Cusoo ; je veux parler de ces adhérences apparentes de deux os cunéiformes, frais, dans le cul de sac péritonéal recto-utérin ; cette apparence était produite par la coagulation du liquide environnant les os placés là par hasard.

Une circonstance particulière a fait découvrir, à M. Pigné, le moyen de mettre aisément à nu le tissu fibreux d'une tumeur. On n'a qu'à tremper cette tumeur dans une solution cuivreuse qui imbibe et teint tous les tissus environnants, en une couleur verte sur laquelle ressort mieux le tissu fibreux, resté blanc, brillant et intact.

L'anatomiste auquel nous devons le plus grand nombre de communications, est M. Gros, chercheur actif, qui vous a signalé plusieurs faits intéressants.

M. Gros vous a montré des pièces sur lesquelles se voyaient, d'une manière fort nette, les anastomoses du nerf spinal avec les paires rachidiennes dans le canal vertébral, et l'origine de ce nerf que M. Gros fait descendre beaucoup plus bas, sur la moelle épinière, que les autres anatomistes.

La corde du tympan, cet autre nerf si singulier, a été aussi l'objet, de la part de M. Gros, de plusieurs communications ayant une grande valeur, mais dont l'appréciation devra rentrer dans le compte-rendu de l'année prochaine, puisqu'à la fin de cette année, le rapport de la commission nommée pour examiner les pièces, n'était pas encore fait.

A côté de la corde du tympan, M. Gros a découvert un filet particulier, né du facial, et qu'il a appelé rameau lingual, parce qu'il va se distribuer à la langue; ce filet, qui est bien distinct de celui qu'aurait vu M. Cruveilhier, et du rameau particulier destiné au pharynx, qu'on observe sur une pièce préparée par M. Richet, paraît être constant, et la difficulté de sa préparation, difficulté que M. Gros nous a appris à éviter, a seule pu empêcher qu'on l'ait décrit jusqu'à présent.

Un des meilleurs travaux que le même anatomiste ait soumis à votre examen, est relatif aux nerfs des os, question restée fort obscure jusqu'à M. Gros l'a traitée complètement, sous le rapport purement descriptif pour les os longs. Vous avez pu constater sur les pièces nombreuses qu'il vous a présentées, la richesse vraiment remarquable des nerfs destinés aux os; ces nerfs, disposés absolument de la même façon que les artères, sont de trois ordres: une ou plusieurs branches principales pénètrent par le grand trou nourricier de l'os, avec l'artère; d'autres sont placés vers les extrémités avec les artères de second ordre; et quelques autres entrent dans l'os, sur toute l'étendue de sa surface, après s'être distribuées d'abord dans le périoste. Les premières branches ou branches de premier ordre, forment constamment un plexus à l'entrée du trou nourricier, et souvent l'on rencontre sur un des filets, un de ces renflements gangliiformes, si communs aux nerfs de la main et du pied. Les branches placées vers les extrémités, fournissent à la substance osseuse, et en outre aux éléments des articulations voisines. — Tel est le résumé bien succinct des recherches de M. Gros. Une pièce injectée mise à côté de celles relatives aux nerfs, montre parallèlement la disposition bien connue des vaisseaux sanguins des os. Mais un point qui n'est pas encore éclairé, c'est la description des lymphatiques des os; sans doute, il doit y en avoir; on sait même aujourd'hui qu'il y en a. Il ne s'agit plus que de connaître

leur disposition exacte. Une pièce [de M. Gros sur ce sujet n'était pas suffisamment concluante.

Dans un rapport sur le fait d'albuminurie, présenté par M. Wicham, et qui a déjà été seulement mentionné dans le compte-rendu de l'année dernière, M. Richard vous a fait remarquer la brièveté de l'intestin grêle, brièveté compensée par le grand développement des valvules conniventes. — Mais d'après une remarque de M. Barth, ce fait devrait plutôt rentrer dans l'anatomie pathologique ; car il serait une conséquence du tassement des intestins, produit par un épanchement abdominal ancien.

Deux faits qui pourraient aussi bien être rangés dans le chapitre de l'anatomie pathologique, vous ont été présentés, l'un par M. Gogué, l'autre par moi.

Le premier est une voûte orbitaire, intacte d'ailleurs, qui présentait à son centre une ouverture triangulaire, à bords renversés du côté du crâne, et dont l'origine était inconnue.

Le second est une curieuse pièce de vésicule biliaire, sur laquelle les vaisseaux lymphatiques que j'avais injectés au mercure, étaient énormément dilatés ; la vésicule ne contenait qu'un liquide séreux, et son col était oblitéré par un calcul qui empêchait l'arrivée de la bile. Cette dilatation était évidemment en rapport avec la supériorité d'absorption qui avait lieu dans la vésicule.

Quelques anomalies simples tenant à un déplacement d'organes ou à la fusion de deux organes d'habitude distincts, ou à la séparation permanente de deux parties qui ne doivent être isolées primitivement que d'une manière transitoire, ou à l'atrophie et à la disparition d'un organe, vous ont été signalées.

Vous avez vu dans deux cas un seul rein ; mais l'anomalie était fort différente, puisque dans le cas de M. Mailliot, il y avait simple soudure des deux reins, au-devant de la colonne vertébrale, tandis que, dans le cas de M. Boulland, il y avait

un rein d'un seul côté, avec sa position et sa forme bien régulières, sauf une légère augmentation de volume. Ne semble-t-il pas que dans ce cas, où il n'y avait qu'un rein et un uretère, l'autre rein manquait réellement?

Tout au contraire, M. Cuseo vous a montré trois uretères sur un seul individu. L'un des reins fournissait à lui seul deux uretères bien distincts dans toute leur étendue.

Dans un cas de déplacement du rein, je vous ai fait voir un rein tourné à l'envers, en ce sens que sa concavité regardait en dehors, au lieu d'être tournée vers la colonne vertébrale.

Les anomalies veineuses sont des plus fréquentes et des plus variables, comme on sait; elles n'en méritent pas moins la plus grande attention sous le rapport de la pratique chirurgicale. Le fait de veine médiane superficielle de la région cervicale postérieure que vous a porté M. Notta, mérite une mention hors ligne; certainement, la trachéotomie aurait offert de bien grandes difficultés sur le sujet chez lequel M. Notta a trouvé cette disposition.

Les anomalies dans l'origine des nerfs sont moins communes que celles des vaisseaux; elles sont aussi plus instructives.

M. Hérard a signalé un nerf récurrent qui naissait du pneumo-gastrique au niveau du larynx, et il n'y avait pas de tronc nerveux ascendant ni descendant le long de l'œsophage. Ce fait est fort rare.

Le muscle interne du marteau, dans l'oreille, reçoit son nerf du ganglion otique; ce ganglion communique avec le nerf facial par le petit nerf pétreux; d'où la conclusion, appuyée aussi sur l'analogie avec les ganglions voisins, à savoir que le muscle interne du marteau reçoit ses filets nerveux moteurs du facial. Une belle pièce préparée par M. Notta démontre le fait d'une manière incontestable. Le nerf du muscle interne du marteau naît directement dans ce cas du petit nerf pétreux, un peu après que celui-ci abandonne le facial.

Une anomalie fort rare, ou du moins peu signalée, peut-être parce que ces organes se préparent moins souvent que d'autres, c'est la fusion des deux vésicules séminales en une seule placée sur la ligne médiane, dont je vous ai parlé. Il y avait deux canaux déférents, un de chaque côté.

Un fait qui se rapproche davantage des anomalies plus complexes, est celui de M. Richard, dans lequel les organes étaient renversés de droite à gauche, et réciproquement, chez une femme de 50 ans, morte par suite d'altérations et de dispositions vicieuses des orifices du cœur. L'observation très complète de ce cas d'hétérotaxie doit être lue en entier dans vos bulletins, car tous les détails en ont une grande valeur, et ne peuvent pas être analysés.

Tout ceci me conduit à vous parler d'une haute question scientifique qui se trouve soulevée de nouveau par une série de pièces que vous a présentées M. Pigné, c'est la question des monstruosités en général. Après avoir étudié et examiné avec beaucoup d'attention, M. Pigné a cru devoir arriver à cette conclusion, que tout organe surnuméraire, même un doigt surajouté à un individu, prouve une duplication, une fusion de deux germes. Ainsi se trouverait tranchée d'une manière bien simple la difficulté si grande dans laquelle on se trouvait, pour savoir à quel point de fusion commençaient les monstres doubles, à quel point s'arrêtait la monstruosité simple par augmentation d'organes.

Avouons-le, Messieurs, bien loin d'être contraire aux idées que nous nous faisons aujourd'hui de la nature des choses, cette opinion de M. Pigné s'accorde avec elles de la manière la plus satisfaisante. Que des organes qui devraient exister ne puissent se développer ou s'atrophier et disparaissent à une époque voisine de leur origine ; que d'autres, primitivement séparés, et dont la réunion devait avoir lieu, restent désunis ; nous n'aurons qu'une diminution d'organes ou une multiplication simplement apparente, l'une et l'autre

produites par une cause morbide ou physique qui vient s'opposer plus ou moins efficacement à l'action de la force formatrice. Tout cela se comprend. Mais que le moule, si je puis ainsi m'exprimer, dans lequel l'auteur de la création a limité chaque individu, puisse subir des changements; que l'un des caractères les plus essentiels de l'individu, sa forme spécifique puisse changer d'une manière spontanée; que des organes puissent se multiplier, ou pour mieux dire que la force formatrice puisse dépasser les limites assignées à son action; voilà ce qui ne se comprend plus. En peu de mots, la force formatrice peut ne pas agir parce qu'elle est empêchée par un obstacle; mais elle ne peut pas prendre plus d'activité. Soutenir une pareille doctrine mènerait inévitablement à cette conséquence que cette force, susceptible de se donner plus d'activité, existe aussi par elle-même, puisqu'elle puise son activité en elle; ce serait nier la création. Vainement voudrait-on reculer la difficulté, en disant que la multiplication des organes tient à celle des artères; la question reste la même pour les artères que pour les organes auxquels elles se rendent. Et l'on a créé de plus une hypothèse ingénieuse, il faut le reconnaître, appuyée sur des observations nombreuses, mais non trouvée positivement.

Ce n'est point au moyen de ces considérations que M. Pigné a cherché à établir la vérité de sa proposition; il a suivi une marche bien plus nette, car il vous a apporté une série de pièces des plus concluantes, de ces choses que tout le monde peut toucher et voir, et contre lesquelles il n'y a rien à dire.

Rappelons-nous la proposition à prouver : un individu simple dans toutes les parties constituantes de son corps, présente un seul organe extérieur surnuméraire; pour M. Pigné, c'est un individu double. La preuve, M. Pigné nous l'a donnée dans deux fœtus, l'un de tigre, l'autre humain; ayant comme unique déformation, une duplicature d'un seul organe extérieur, et de ces organes, tels que la langue ou la

verge, dont la multiplication est regardée par les anatomistes comme peu importante, n'est pas même une monstruosité simple, mais une anomalie légère, ou plutôt une hémitérie.

Sur le fœtus humain qui est anencéphale, on remarque à la base de la verge un tout petit bourgeon sur la nature duquel on aurait pu ne pas se prononcer, et que M. Pigné reconnut être une verge. Il y avait donc une verge surnuméraire, sans aucune autre trace de duplication ; immédiatement, M. Pigné conclut à l'existence d'un double germe. L'autopsie est faite, et entr'autres détails intéressants, on trouve deux estomacs et un commencement de division en deux de la vessie ; dans la poitrine, presque remplie par un cœur et deux poumons réguliers, se présentent en bas et en arrière un autre cœur complet, une autre aorte et autour, deux petits poumons bien complets, tous organes semblables aux précédents, sauf qu'ils sont beaucoup plus petits. Certes il n'y a rien à objecter à un fait de ce genre.

L'autre fait est tout-à-fait de même genre et tout aussi concluant. Il s'agit d'un fœtus de tigre d'une conformation extérieure parfaite. En lui ouvrant la bouche, on aperçoit sous la langue régulière, une toute petite langue surnuméraire. La conclusion est forcée pour M. Pigné. La dissection démontre l'existence de deux vessies, de deux rectums, de deux cœurs et de quatre poumons disposés par paires bien normales autour de chaque cœur.

Ainsi plus de doutes, dans ces monstruosités par multiplication d'organes tels que la langue, la verge, considérés comme peu importants, il ne s'agit pas d'une hémitérie ; il ne s'agit même pas d'une monstruosité simple ; ce sont de vrais monstres doubles, résultant de la fusion de deux germes.

Si nous passons maintenant à la multiplicité des doigts sur un même individu, la question, comme on voit, se trouve singulièrement éclaircie et simplifiée. Pour lever les diffi-

cultés qui pourraient exister à cet égard, M. Pigné vous a montré plusieurs pièces remarquables, mais qui ne seront peut-être pas pour tout le monde tout aussi concluantes que les deux précédentes.

M. Pigné n'a pas pu vous donner la preuve directe, parce qu'il n'a pas eu occasion encore de disséquer un individu sexdigitaire très jeune, ou mieux à l'état fœtal, car c'est là qu'il faut aller chercher les preuves les plus évidentes. M. Pigné a dû se contenter, par conséquent, d'une démonstration indirecte. Il a prouvé : d'une part, que la fusion de deux membres dans un germe incontestablement double pour tout le monde, pouvait aller jusqu'au point de ne laisser dans un membre isolé, d'autre trace de duplicité extérieure, qu'un seul doigt sur-ajouté à la main ; d'autre part, qu'un fœtus ayant à l'intérieur une foule d'organes doubles, et par conséquent représentant un double germe, peut-être simple à l'extérieur, à l'exception d'un seul avant-bras, portant deux mains. Si, dans ce dernier cas, la fusion opérée entre les deux bras et une partie des deux avant-bras avait été plus complète, elle aurait très-bien pu arriver au degré signalé dans le cas précédent, c'est-à-dire à ce degré dans lequel un fœtus évidemment double, serait simple à l'extérieur, à part un sixième doigt à une main.

Le premier fait que vous ait montré M. Pigné, est relatif à un fœtus humain double, composé de deux globes céphaliques isolés, deux thorax en partie confondus, surtout en arrière, de deux membres supérieurs et deux membres inférieurs bien réguliers, plus un troisième membre supérieur et un troisième membre inférieur dont le pied est terminé par huit orteils.

Le second fait est également relatif à un fœtus humain, simple et régulier à l'extérieur, à part l'un des avant-bras, qui se bifurque en bas, de manière à se terminer par deux mains. A l'autopsie de ce fœtus, on trouve, à l'intérieur, deux foies, quatre reins, deux oesoms, deux rates, deux

cœurs, chacun entouré de deux poumons, en tout quatre poumons.

Telles sont les belles recherches que M. Pigné vous a communiquées sur un point de science anatomique aussi élevé, et qui avait tant besoin d'éclaircissements. Il y aurait ici une question importante à examiner; ce serait celle de l'hérédité. Dans la supposition très admissible de l'hérédité bien constatée de la disposition anatomique qui présente des doigts surnuméraires, en supposant qu'il s'agisse bien là de doigts ou de toute autre excroissance, il faudrait voir pourquoi l'hérédité existe dans ces cas et non pour les autres monstruosité doubles. C'est une question que je signale seulement, sans m'y arrêter davantage, parce que votre attention n'a pas été attirée sur ce sujet.

Chemin faisant, M. Pigné vous a montré, dans ses présentations, une foule de faits du plus grand intérêt, mais qui sont pour la plupart isolés, et n'ont pas à m'arrêter longtemps. Par exemple, il vous a fait voir plusieurs particularités relatives à la forme, au volume, à la situation des reins, de la vessie, du foie, des intestins. Presque toujours, M. Pigné a vu deux cordons ombilicaux aux fœtus doubles qui avaient deux foies, et cependant sur un fœtus qui avait bien deux foies en même temps que d'autres organes doubles, il n'y avait qu'un seul cordon ombilical. Un des faits les plus curieux de cet ordre, qu'un grand nombre de vous doivent se rappeler et que vous pouvez voir encore, est celui dans lequel un fœtus double, n'ayant à l'extérieur d'autre trace de duplicité que deux faces fondues ensemble par leur tiers interne, présentait deux cerveaux bien distincts, contenus dans une cavité céphalique unique.

Une discussion s'est élevée au sein de la Société, entre MM. Pigné, Giralès, Depaul et Mailliot, sur la question du mode suivant lequel s'opère, dans tous ces cas, la fusion des organes. Mais cette discussion a été trop superficielle, et n'a

pas été assez suivie, pour avoir éclairci cette question, qui exige de nouvelles méditations.

Deux grands ordres de travaux qui vous ont été présentés à propos des monstruosités par inclusion, et à propos des hernies diaphragmatiques, rentrent en grande partie dans l'examen des monstruosités, mais établissent ici une véritable transition entre l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, les premiers en se rattachant à la grossesse dont certaines formes ont été aisément confondues avec des monstruosités par inclusion, les seconds en se rattachant à l'anatomie pathologique des hernies.

Aucune présentation spéciale ne vous a été faite sur les monstruosités par inclusion ; mais une pièce de corps fibreux de l'utérus avec des ossifications qui pouvaient simuler des dents, apportée par M. Blot, nous a valu, de la part de M. Pigné, un rapport des plus remarquables sur les différences qui existent entre ces monstruosités et les grossesses extra-utérines.

Les monstruosités par inclusion sont aussi des monstruosités doubles, dans lesquels l'un des fœtus, soit par sa petitesse, soit parce qu'étant appliqué contre un fœtus voisin, il ne lui présente pas en contact des parties similaires, soit pour toute autre raison, se trouve englobé dans l'autre fœtus. M. Pigné a réuni le plus grand nombre de faits de cet ordre, qui existent dans la science, et s'est trouvé alors en position de formuler plusieurs propositions importantes. Ainsi, il a constaté que le plus souvent, ce sont des filles qui présentent cette monstruosité, bien qu'on en rencontre aussi un assez grand nombre d'exemples chez des garçons. Chose curieuse, ces fœtus entiers, ou des portions de ces fœtus, englobés dans un autre individu, suivent jusqu'à un certain point le développement de l'individu porteur. Les os conservent leur petit volume comme à l'état fœtal, et cependant s'ossifient peu-à-peu jusque dans leurs épiphyses. Les dents, qui paraissent être toujours de première dentition, s'accrois-

sent en volume, et ont d'habitude le volume des dents correspondantes chez l'individu porteur. Il en est de même des cheveux qui prennent parfois, de la sorte, une grande longueur. Il y a encore de remarquable dans ces fœtus inclus, que rarement ils sont entiers; on n'en retrouve d'habitude qu'une portion, parce que les organes paraissent subir des transformations qui conduisent successivement et par degrés bien manifestes, des véritables monstruosité par inclusion aux simples kystes pileux.

Jusque-là, les recherches de M. Pigné n'ont été l'objet d'aucune discussion; mais il est arrivé ensuite à d'autres conclusions qui n'ont pas été acceptées par vous tous, et qui ont été combattues par M. Barth surtout. M. Pigné a suivi, comme nous venons de voir, tous les degrés intermédiaires depuis le fœtus inclus par monstruosité incontestable jusqu'au simple kyste pileux. En étudiant comparativement ce que devient le fœtus dans les grossesses extra-utérines, M. Pigné dit avoir constaté que jamais, dans ces cas, on ne trouve une transformation du fœtus analogue à celle qui produit le kyste pileux. Toujours le fœtus se dessèche, se pétrifie, s'encroûte de sels calcaires, ou se putréfie; et, sauf dans cette dernière circonstance, comme on conçoit, il conserve tous ses organes. De ces faits comparés, M. Pigné tire donc cette conclusion, que les monstruosité par inclusion sont différentes des grossesses extra-utérines, et qu'il faut leur rapporter tous les kystes contenant de la graisse et des poils, mélangés ou non avec des dents, des os ou d'autres éléments constituant d'un fœtus.

M. Barth n'a pas admis cette séparation si tranchée entre les grossesses extra-utérines et les monstruosité. Il croit que beaucoup de kystes pileux sont le produit d'une grossesse extra-utérine; car il dit lui aussi avoir constaté l'existence de tous les degrés entre une grossesse extra-utérine et un kyste pileux. Les raisons sur lesquelles se fonde M. Barth, et qui ont été successivement débattues, entre lui

et M. Pigné, sont les suivantes : 1° Les kystes pileux sont énormément plus communs chez la femme à laquelle ils appartiennent presque exclusivement ; à cela M. Pigné répond que toutes les monstruosités sont plus communes dans le sexe féminin, et qu'il suffit d'avoir constaté l'existence des kystes en question chez l'homme, pour renverser toute théorie fondée sur cette raison ; 2° il est difficile de comprendre pourquoi la nature suivrait une marche différente quand il s'agit d'expulser un fœtus inclus par monstruosité, ou un fœtus déplacé par le fait d'une grossesse irrégulière ; mais M. Pigné ne trouve pas qu'il y ait parité entre les deux, puisque le premier fœtus a une vie propre, indépendante de celle de l'individu porteur, tandis que le second est presque une dépendance de sa mère, dont il ne devient absolument distinct que lorsqu'il est expulsé, en sorte que, s'il reste renfermé dans sa mère, il ne dépasse pas l'état fœtal, il n'a pas acquis une vie individuelle, indépendante ; 3° enfin les kystes pileux se développent quelquefois sur un individu adulte, et M. Barth, appuyé par M. Jousset, a cité comme preuve une opération pratiquée dernièrement par M. Récamier, chez une jeune femme, pour un fait de ce genre ; ces faits ne sont pas concluants pour M. Pigné, parce que la tumeur d'un petit volume peut avoir passé inaperçue, et n'appeler l'attention qu'au moment où des produits nouveaux, inflammatoires par exemple, la rendent plus apparente.

Somme toute, la question reste encore en suspens, ou du moins vous n'avez rien décidé à cet égard.

Il n'en est plus de même de la question des hernies se produisant par le fait d'une monstruosité qui offre, séparées, chez le nouveau-né ou l'adulte, des parties primitivement distinctes, mais qui auraient dû se réunir. Une présentation de hernie diaphragmatique fort intéressante, faite par M. Bolland, a engagé M. Richard à rassembler tous les faits de ce genre connus dans la science, et à vous faire à ce sujet un rap-

port des plus remarquables. M. Richard vous a démontré qu'il était très possible de faire aujourd'hui l'histoire de ces hernies, dont il a retrouvé près de soixante-dix exemples. Il ne nous a donné malheureusement que des considérations relatives au mécanisme suivant lequel se produisent ces hernies et à leur anatomie pathologique; mais nous avons tout lieu de croire qu'il vaudra bien compléter un travail si utile, et en enrichir vos bulletins. En attendant, les points que M. Richard a traités avec détail, sont fort curieux.

Il vous a montré, par les variétés de disposition que le péritoine présente autour du cœcum, pourquoi ce viscère est si rarement placé dans une hernie diaphragmatique, quand il existe un méso-cœcum.

Le siège des hernies a beaucoup attiré l'attention de M. Richard. Vous avez écouté, avec le plus vif intérêt, les détails curieux qu'il vous a exposés à propos des hernies du côté droit et du côté gauche, entre lesquelles on avait peut-être admis trop tôt et théoriquement, des différences que l'observation ne semble pas démontrer d'une manière satisfaisante, sous le rapport de la fréquence relative. M. Richard a montré que cinq à six fois, dans les faits connus, la hernie s'était faite à travers l'ouverture œsophagienne.

Pour se produire et se maintenir, les hernies diaphragmatiques doivent lutter, entr'autres obstacles contre l'action de la pesanteur chez l'homme; aussi, n'est-on pas étonné de les trouver plus fréquemment chez les animaux dont le tronc est constamment horizontal.

M. Richard a insisté avec M. Boulland sur le renversement des cartilages costaux et de l'appendice xyphoïde en dedans, dans le cas qui nous a valu ce beau rapport. M. Boulland avait très bien expliqué le fait en disant qu'à chaque expiration, les viscères contenus dans la hernie rentraient davantage dans la cavité thoracique et attiraient les parois abdominales dans cette cavité. M. Richard a ajouté

que cette traction avait lieu également dans tout effort, dans toute compression des organes abdominaux.

Enfin M. Richard s'est arrêté volontiers au mécanisme des hernies diaphragmatiques dont il a étudié soigneusement quelques particularités. Ce mécanisme, bien simple à comprendre dans le cas de hernie congéniale, par l'absence ou l'arrêt de développement du diaphragme, dont une moitié ne s'est point formée, ou dont les deux moitiés, primitivement distinctes ne se réunissent pas, n'est pas toujours aussi clair pour les hernies accidentelles. L'examen de ce mécanisme dans plusieurs cas, a conduit M. Richard à discuter d'une manière générale le mode de formation de ce qu'on appelle les hernies graisseuses.

Ici, Messieurs, nous entrons complètement dans l'anatomie pathologique.

Les pelotons adipeux placés au voisinage des canaux qui donnent passage aux hernies, se retrouvent assez souvent; de nos jours, on les considère généralement comme formant une espèce de hernies qu'on désigne sous le nom de hernies graisseuses. Les pelotons, d'abord contenus sous le péritoine, s'engageraient dans les canaux pour former une hernie. On trouve mentionnée çà et là une autre opinion qu'avait formulée Pelletan, à savoir que les pelotons adipeux seraient des restes d'anciennes hernies. Mais dans ces derniers temps, cette opinion, qui n'avait pas eu beaucoup de retentissement, tend à prendre faveur, soutenue par l'autorité du nom de M. Nélaton, qui l'a adoptée. MM. Richard et Bernutz, deux des élèves de ce chirurgien, un des membres que notre Société s'honore le plus de posséder, ont soutenu devant vous cette même manière de voir. M. Richard à propos des hernies diaphragmatiques, M. Bernutz à propos d'une présentation de M. Houel, dont il va être question.

Selon MM. Nélaton, Richard et Bernutz, lorsqu'un sac d'une ancienne hernie tend à s'oblitérer, il se dépose à l'extérieur de ce sac des pelotons adipeux qui augmentent de

volume à mesure que le sac diminue, suivant la loi formulée par notre honorable président, que de la graisse s'accumule toujours autour d'un organe qui s'atrophie et tend à disparaître. M. Richard a essayé d'appuyer cette manière de voir, en prouvant qu'un peloton adipeux, placé sous le péritoine, ne pouvait pas entraîner un cul-de-sac péritonéal vers l'extérieur; en supposant même que cela fût, il faudrait que le peloton adipeux restât toujours appliqué contre le fond de ce cul-de-sac, tandis que, selon M. Richard, on le trouve presque toujours appliqué contre les parties latérales.

Malgré cela, l'opinion de ces messieurs n'a pas été partagée par vous tous, et en particulier par M. Cruveilhier qui a pris part à la discussion pour maintenir qu'il existe vraiment des hernies graisseuses. M. de Castelnau, qui a modifié un peu l'opinion de M. Cruveilhier, en ce sens qu'il regarde la pression déterminée par le peloton adipeux sous-péritonéal, comme une cause d'érailement, d'affaiblissement des parois abdominales, a cru d'abord pouvoir citer un fait en opposition avec la doctrine de M. Nélaton. Il aurait vu un peloton adipeux semblable à ceux des hernies graisseuses, dans l'épaisseur des muscles de la cuisse. M. Richard a répondu de suite que ce qui se passe autour d'un sac herniaire en voie de disparition, peut avoir lieu aussi autour d'un kyste quelconque, et pense que l'objection n'est pas fondée.

La pièce présentée par M. Houel, et à propos de laquelle M. Bernutz a pris la parole, pour soutenir les mêmes idées, est fort remarquable. C'est un ancien sac herniaire dont la cavité ne communique plus avec le péritoine, à cause de l'oblitération du collet; c'est un véritable kyste. Mais la dissection faite par M. Houel donne surtout son intérêt à cette communication; car en isolant les feuillets du fascia superficialis, M. Houel a constaté que la hernie avait avec ces feuillets, exactement les rapports qu'avait indiqués Thomson,

et au moyen desquels il expliquait la direction réfléchie des hernies crurales.

Une pièce fort rare de hernie vous a été présentée par M. Wickam. M. Gosselin, chef du service dans lequel elle avait été prise, dut débrider en dehors pour remédier à l'étranglement de cette hernie, qui était inguinale externe. Malgré la direction du débridement, il survint une hémorrhagie qu'on reconnut, à l'autopsie, être due à la section de l'artère spermatique. La hernie était bien inguinale externe; mais les éléments du cordon remontaient par derrière le collet du sac, pour l'embrasser ensuite par sa face externe. Certes, la disposition est aussi rare qu'inattendue. Le fait de M. Wickam est bon à noter sous un autre point de vue, celui du siège de l'étranglement. Depuis que M. Malgaigne, au grand étonnement de la majorité des chirurgiens, a nié l'étranglement par les anneaux inguinaux et cruraux, on n'a pas encore pu trouver à lui opposer une seule exception, entendons-nous bien, une seule pièce examinée avec soin à l'autopsie. Dans la pièce de M. Wickam, l'étranglement avait lieu au collet du sac.

M. Froment m'a chargé de vous apporter une hernie épiploïque de la ligne blanche, qui n'offrait d'autre intérêt que d'être placée au-dessus de l'ombilic, région dans laquelle les hernies sont moins communes qu'au dessous.

Les maladies des os vous ont peu occupé cette année; cependant vous avez pu examiner à cet égard quelques pièces.

La plus remarquable, sans contredit, est celle que vous a apportée M. Thibault, et qui emprunte un intérêt tout particulier à la discussion dont l'individu sur lequel les pièces ont été prises, a été l'objet dans un concours à propos d'une fracture. Les os sont ramollis à un degré extraordinaire; le canal médullaire est très élargi, et la substance osseuse est altérée à un degré extrême, ainsi que vous pouvez le voir

soit sur les pièces, soit dans la description contenue dans vos bulletins.

Une particularité vraiment extraordinaire, c'est que la fracture dont l'existence avait été mise en question, est consolidée au moyen d'un cal aussi solide et aussi épais que s'il s'agissait d'os sains, quoique l'ostéomalacie existât déjà à l'époque où la fracture était produite.

Une autre espèce d'ostéomalacie dont vous avez vu deux pièces présentées par M. Courtin et par M. Depaul, est celle qui existe chez les femmes enceintes. Serait-ce en vertu de ce mécanisme que semblent mettre en évidence des recherches récentes par lequel le tissu osseux de la mère est résorbé pour être apporté au fœtus, par lequel les os d'une femme enceinte paraissent devenir plus fragiles et plus difficiles à se consolider dans le cas de fracture; serait-ce, dis-je, en vertu du même mécanisme qu'aurait lieu cette altération remarquable des os? Il n'y a encore à ce sujet que des hypothèses à émettre. Toujours est-il qu'il n'est pas rare de voir des femmes bien conformées jusque-là et ayant déjà fait une ou plusieurs couches heureuses, dont le bassin se déforme à la suite d'une grossesse d'une façon très grave et qui met en danger la vie de la mère et de l'enfant dans des grossesses ultérieures. Les os deviennent mous, moins épais, quoique pas d'une manière constante; le bassin s'aplatit dans le sens des diamètres obliques, et finit par prendre la forme d'un tricorne, forme qui existait à un haut degré dans la pièce remarquable de M. Courtin.

M. Depaul a mis à côté d'un bassin un peu moins déformé que le précédent, un bassin rachitique, afin de faire bien saisir les différences qui existent souvent, mais non d'une manière constante, entre les vices de conformation produits par ces deux ordres de causes.

Il est assez singulier qu'il ne vous ait été présenté qu'une seule fracture, une fracture du crâne. Elle a de la valeur, car elle montre, comme tant d'autres, le vague et l'incohé-

rence des signes que l'on donne pour différencier les accidents qui compliquent les plaies de tête. Il y avait une fracture du crâne ; aucun signe ne la révélait ; on pouvait tout au plus se douter de la possibilité de son existence. Le malade arrive avec les signes les plus évidents d'une commotion telle qu'on la décrit dans les livres ; et à l'autopsie l'on trouve un épanchement sanguin considérable placé entre les os du crâne et la dure-mère ; cet épanchement datait du premier jour, ce que prouvent la fermeté et l'adhérence notable des caillots sanguins aux parties voisines ; il n'y avait pas de sérum autour, et le malade est mort le huitième jour de l'accident ; jusqu'au dix-septième jour les accidents ont plutôt diminué qu'augmenté ; il n'y avait pas de paralysie. C'est le septième jour seulement, qu'est survenue une paralysie du côté opposé à l'épanchement, et le lendemain le malade est mort.

— Que deviennent, en présence de faits pareils, les indications si précises des chirurgiens pour l'application du trépan ? Il faut dire que dans le cas actuel on aurait joué de bonheur, c'est-à-dire que, si d'après la règle d'appliquer quand même le trépan dans le cas de complication de plaies de tête, on l'avait mis au fonds de la plaie, on serait tombé précisément sur le foyer sanguin ; le malade serait mort tout de même, ou plutôt, on peut le dire, les chances de terminaison funeste auraient augmenté ; mais le chirurgien aurait eu la satisfaction d'avoir rencontré le foyer de l'épanchement. C'est à cela ou à quelque chose d'analogue, que se réduisent les avantages du trépan, auquel on a renoncé avec raison, pour remédier à une partie de ces accidents qu'on désigne sous le nom de complications des plaies de tête.

M. Guibout vous a donné l'observation et la pièce d'un genre de fractures tout particulier des os du carpe, dont nous retrouvons un analogue complet dans la lésion de la colonne vertébrale que vous a présentée M. de Beauvais. J'ai cherché à faire ressortir, dans le rapport que j'ai dû vous faire sur la pièce de M. Guibout, combien ce genre de fractures qu'on

peut appeler par arrachement, est fréquent. Dans les luxations ordinaires, ces arrachements sont communs; mais on les retrouve bien mieux dans ces articulations multiples, serrées, telles que celles du pied, de la main, de la colonne vertébrale. Lorsqu'une violence considérable vient à agir sur ces articulations, il ne se produit pas toujours une luxation proprement dite, ni une fracture simple; il y a souvent quelque chose des deux lésions : arrachement de portions osseuses et diastasis, c'est-à-dire simple écartement des surfaces articulaires qui sont placées cependant l'une vis-à-vis de l'autre. De là la possibilité de discussions sans fin entre diverses personnes, qui ne voudront voir dans la lésion, les uns qu'une fracture, les autres qu'une luxation. C'est le cas de la pièce de M. de Beauvais, qui était présentée sous le nom de fracture, et que nous avons constatée à la séance être un diastasis. C'est encore le cas de la pièce présentée par M. Guibout sous le nom de fracture, tandis que M. Gogué, qui vous disait avoir observé il y a deux ans un fait semblable à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Maisonneuve, désignait la maladie sous le nom de luxation médio-carpienne.

Messieurs, je ne ferai que vous rappeler le fait d'invagination intestinale montré par M. Laillier, et dont une simple mention a été faite dans le compte-rendu de l'année dernière. Il importe de noter la disposition remarquable et l'étendue de l'invagination : tout le cœcum et la moitié droite du colon étaient invaginés dans la moitié gauche du colon et le rectum. Pour cela l'intestin grêle avait dû rentrer à son tour dans l'invagination, de manière à en former la partie la plus interne.

Une communication d'un de vos membres correspondants, M. Loreau de Poitiers, était destinée à vous démontrer par une expérience décisive faite sur un chien, les avantages du procédé de suture intestinale de M. Gélis, sur les autres procédés.

M. Gogué a soumis à votre examen un polype de l'oreille

moyenne, qui venait faire saillie dans le conduit auditif externe à travers la caisse du tympan, fait rare, mais qui n'est pas absolument sans exemples.

M. Mailliot vous a fait voir un homme ayant eu quelques accidents qui pouvaient faire croire à une phthisie-pulmonaire, et dont les ongles, fortement recourbés, offraient le type le plus caractérisé de cette disposition qu'on a crue propre aux phthisiques. Ces ongles étaient soulevés par une masse comme fluctuante qu'on pouvait rapporter aussi soit à des boursoires muqueuses sous-onguéales, soit et plutôt à des fongosités de rhumatisme chronique dont l'individu offrait ailleurs des traces.

Vous avez pu constater dans un cas de végétations volumineuses de la verge, apportées par M. Courtin, que ces végétations n'avaient rien à voir avec la syphilis. Du reste, il en est toujours ainsi, et c'est pour n'avoir pas su diagnostiquer les végétations, les distinguer des plaques muqueuses; c'est surtout pour n'avoir pas su distinguer dans l'action locale d'un pus syphilitique la différence qu'il y a entre l'action de ce pus comme pus, semblable à celle de tout autre pus, et son action comme principe virulent, qu'on a cru à tort à la nature syphilitique des végétations.

M. Courtin vous a fait en outre deux communications intéressantes sur ces déviations terribles de chancres qu'on appelle chancres phagédéniques, et a cherché à vous faire apprécier la différence existant entre les diverses espèces de ces lésions qu'il avait observées. Il ne faut pas perdre de vue, dans cette appréciation, que souvent un chancre, qui a été le point de départ de l'ulcère, peut avoir à la longue perdu ses qualités virulentes, et s'être transformé en un ulcère d'une tout autre nature. Ainsi, dans l'un des faits de M. Courtin, il est probable qu'il s'agissait d'une ulcération scrofuleuse ayant pris son point de départ dans un chancre, et non plus d'un chancre simple. — Le diagnostic différentiel de ces ulcères offre un grand intérêt; car on peut pren-

dre la maladie pour toute autre, par exemple, pour un cancer. J'y reviendrai à propos de cette dernière lésion.

Deux autres lésions qui avaient peut-être rapport à la syphilis, vous ont été signalées ; mais comme elles n'avaient pas de caractères positifs, elles seront citées ailleurs.

Une lésion fort curieuse consiste dans le développement des follicules de l'estomac qui peuvent devenir volumineux comme des pois, ainsi que vous l'avez constaté dans un estomac pris par M. Richard sur un homme rachitique, mort de pleurésie chronique et de diarrhée ancienne ; ces follicules peuvent être l'occasion d'erreurs, en ce sens qu'on peut les prendre pour des pustules ou toute autre lésion. M. Barth vous a cité un cas dans lequel on allait, s'il n'avait pas été présent, décrire ces follicules comme une éruption de suette militaire.

Une autre altération de la muqueuse gastrique que vous avez reconnue être de simples taches ecchymotiques analogues au purpura, après les remarques judicieuses de M. Barth, vous a été présentée par M. Hérard sur un estomac d'enfant mort avec quelques symptômes vagues qui avaient pu faire croire à l'existence d'une variole ; il y avait des taches de purpura à la peau. A ce propos, M. Barth vous a fait remarquer que ce ne pouvaient être des pustules, puisque celles-ci se développent seulement sur des organes pourvus d'un épiderme épais ; on ne trouve donc pas de pustules sur la muqueuse gastrique dont l'épithélium est si fin et si mince.

Un fait remarquable d'apoplexie vous a été communiqué par M. Richard, qui l'avait observé sur un homme mort de fièvre typhoïde, après avoir présenté dans le cours de sa maladie des accès intermittents surajoutés à la maladie principale. Il serait difficile de ne pas rapporter cette lésion à une maladie surajoutée, car elle était identique, suivant l'observation de M. Piégu, à celle que l'on trouve dans les pays marécageux chez les animaux qui tombent parfois comme foudroyés, victimes de l'infection par les miasmes des marais.

Toutes les autres hémorrhagies qu'on vous a montrées, étaient cérébrales ou méningées, coïncidant ou non avec un ramollissement cérébral. Tous ces faits de MM. Labat, Racle, Lagrange, Willemmin et Viallet offrent tous des particularités extrêmement intéressantes, mais tellement invariables dans chacun d'eux, qu'il est impossible, en prenant ces faits isolés du reste de la science, d'arriver par eux seuls à aucune conclusion. Ce sont des faits complets, bien observés, qui seront de la plus grande utilité pour les personnes qui voudront étudier ces questions, surtout au point de vue des transformations successives du sang épanché. Une des plus remarquables, par exemple dans le cas d'apoplexie méningée de Lagrange déjà cité l'année dernière, mérite une grande attention. Là, le kyste placé dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne était devenu le siège d'un dépôt créta-cé épais, dur comme de l'os. Or, il paraîtrait, si l'appréciation faite par quelques-uns de nous, de la pièce présentée par M. Dagincourt, était adoptée, que le même phénomène peut se passer dans l'intérieur de la substance cérébrale, car à l'entour d'une masse comme fibreuse, analogue à la cicatrice d'un ancien foyer apoplectique, entourée encore d'un peu de ramollissement, on sentait des petits dépôts créta-cés bien évidents, formés au sein de la substance cérébrale. Ceci n'aurait d'ailleurs rien d'extraordinaire; ces formations créta-cées s'observent dans d'autres foyers sanguins.

Une question qui, sous un certain point de vue, se rattache aux hémorrhagies ou à la tendance hémorrhagique, et qui d'un autre côté se relie au contraire pour certains médecins à l'inflammation, est relative à la coloration rouge de la membrane interne des artères, de l'aorte surtout, dans quelques autopsies. Au milieu des tendances générales ou à peu près générales à notre époque, dans l'école de Paris, de localiser les maladies, puisqu'on en est arrivé au point de nier les maladies générales et à ne vouloir reconnaître que des organes malades, il était aisé de prévoir que la fièvre in-

flammatoire n'échapperait pas, elle non plus, à une localisation. En effet, l'on a cherché à prouver qu'elle était le résultat de l'inflammation du système sanguin, et les preuves de cette inflammation, on a voulu les trouver dans la rougeur des vaisseaux, surtout de l'aorte. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question ; mais il fallait poser le principe, pour pouvoir apprécier à ce point de vue trois pièces de MM. Macquet, Richard et Labat.

Dans la pièce de M. Macquet, le présentateur, MM. Richard, Lefebvre et Lacour trouvaient les signes d'une angiocardite qui expliquaient très bien les phénomènes inflammatoires observés pendant la vie ; mais MM. Depaul, Jousset, Bonnet, Giraldès, Guérard et Barth ont entraîné à leur avis tous les autres membres, en démontrant que cette malade avait une fièvre puerpérale qui, par une particularité observable parfois, avait débuté avant l'accouchement. J'ai cherché en outre de mon côté à interpréter la pièce anatomique en elle-même, autrement que le présentateur ; me fondant sur un fait analogue, et plus caractérisé que M. Livois avait présenté dans le temps à la Société, j'ai cru devoir conclure que la rougeur de la membrane interne de l'aorte était due à l'imbibition se faisant de dedans en dehors, mais n'en constituant pas moins une espèce de purpura. En effet, la malade à laquelle M. Macquet avait pris la pièce, avait été saignée abondamment, et était morte d'hémorrhagie pendant l'avortement qui arriva presque aussitôt.

La pièce de M. Richard était au premier abord plus concluante, et elle se présente d'ailleurs appuyée de l'autorité de plusieurs médecins distingués MM. Briquet, Nonat et Pigné qui l'ont vue au moment de l'autopsie. Il n'avait pas été fait de saignées, le sang n'était pas diffusé ; pas de tendance hémorrhagique ; rien qui pût expliquer une imbibition. L'aorte, qui présentait d'ailleurs les traces d'une de ces altérations crétacées commençantes, à marche chronique, si fréquentes dans ces organes, offrait suivant M. Richard

une rougeur diffuse et d'autres traces d'une inflammation manifeste; mon témoignage ayant été invoqué, parce que j'avais vu la pièce fraîche, j'ai été obligé de déclarer qu'à mon avis, il n'y avait rien d'inflammatoire dans les lésions qui paraissaient de cette nature à M. Richard. M. Jousset s'est appuyé en outre, sur les symptômes pour ne pas accepter non plus que ces lésions fussent inflammatoires. Somme toute; il y a affirmation d'un côté, négation de l'autre. Quelques faits qui ne seraient pas difficiles à trouver, pourraient élucider la question, mais on ouvre rarement l'aorte dans les autopsies, et c'est un oubli bien fâcheux; il en résulte que ce point fort élevé de doctrine médicale qui pourrait être assez vite résolu, restera peut-être longtemps encore dans l'incertitude.

Le fait de M. Labat dont il a été en partie question à propos des hémorrhagies cérébrales, se rapproche des deux précédents, en ce que M. Labat voudrait rapporter à l'artérite des lésions artérielles qu'il a trouvées sur une femme morte avec une gangrène des membres inférieurs. M. Bonnet, chargé par la Société de faire un rapport sur cette pièce, a cru devoir s'élever contre cette opinion de M. Labat.

Un grand nombre d'autres faits relatifs à des lésions de nature vraiment inflammatoire, ou directement consécutifs à une inflammation, ont été soumis à votre examen.

Le rapport de M. Pigné sur un livre dont M. Holder vous avait fait l'envoi, contient mentionnées plusieurs particularités du plus haut intérêt. Entre autres faits importants, on y trouve signalée l'absence d'inflammation dans une partie paralysée, ce qui, joint à d'autres considérations, démontre l'influence énorme du système nerveux dans l'inflammation.

Cinq pièces de lésions inflammatoires des articulations vous ont été présentées.

Une des plus curieuses; parce que cette espèce de lésion

Appelle en ce moment l'attention, et qu'une bonne description n'en a pas encore été faite, est celle présentée par M. Degrusse; et dont l'observation de nous a malheureusement pas été remise. C'était ce qu'on appelle *arthrite sèche*; bien à tort, puisque ces lésions se combinent parfois avec une *hydarthrose*; *hydarthrose chronique* tout aussi à tort, puisqu'il n'y a souvent pas de liquide; *morbus senilis*, dénomination également inexacte, puisque la pièce de M. Degrusse était une articulation coxo-fémorale d'un jeune sujet; et que des faits analogues existent déjà. Dans cette espèce de maladie, qui peut envahir une articulation quelconque, mais plus spécialement celle de la hanche, les parties molles de l'articulation deviennent épaisses et s'ossifient, ou plutôt prennent un aspect crétacé, soit en masse, soit par portions isolées, qui peuvent se pédiculer ou même tomber tout-à-fait dans l'articulation; où elles forment une espèce de corps étrangers articulaires.

M. Cahen vous a montré une fausse membrane d'une finesse extrême, passant dans un cartilage diarthrodial, et qui, à l'époque où l'on voulait que les cartilages fussent revêtus de synoviale, aurait pu être l'occasion d'une vive discussion.

On est assez porté à confondre sous le nom commun de carie vertébrale, et même sous le nom commun de tubercules vertébraux, malgré les signes distinctifs donnés par M. Nélaton, toutes les lésions qui entraînent une suppuration de la colonne vertébrale. Une de ces lésions qu'on néglige le plus, c'est l'arthrite des vertèbres. Cette affection existe cependant, et vous en avez vu deux exemples remarquables dans les vertèbres cervicales supérieures, sur deux pièces apportées par MM. de Beauvais et Escalier.

MM. Macquet et Gogué vous ont montré chacun une tumeur blanche du genou. Dans la pièce de M. Macquet, la maladie, très ancienne, avait produit une altération profonde des os, avec nécrose, et il y avait en outre une pé-

riostose crânienne; la maladie pouvait être soupçonnée avoir une origine syphilitique. Dans la pièce fort belle de M. Gogué, on pouvait suivre par degrés toutes les altérations, aujourd'hui bien connues, qui s'observent dans l'anatomie pathologique des tumeurs blanches.

M. Macquet vous a fait voir un coryza purulent, à la suite duquel un enfant avait été pris de méningite; il n'en a tiré aucune conclusion d'ailleurs, quant au rapport de cause à effet.

Vous avez pu examiner plusieurs maladies inflammatoires du larynx.

Sur une pièce d'ulcérations de la muqueuse laryngienne, présentée par M. Gubler, M. Pigné vous a fait remarquer leur disposition symétrique, caractère fréquent des ulcères syphilitiques. Par voie d'exclusion, M. Barth a cru devoir arriver à conclure aussi à leur nature syphilitique, tandis que, de mon côté, je suis bien convaincu que telle n'est pas leur origine.

Six pièces fort intéressantes de croup vous ont été apportées. Dans deux, appartenant à M. Hérard, il n'y avait d'autre particularité que l'étendue des pseudo-membranes qui descendaient jusque dans les bronches. Sur une troisième, il n'y avait plus de fausses membranes; l'enfant, qui avait subi la trachéotomie, est mort plus tard d'entérite, mais on peut le considérer comme ayant positivement guéri de son croup. Un quatrième fait, apporté également par M. Hérard est fort remarquable, en ce que, contre l'habitude, il n'y avait pas, pendant la vie, de fausses membranes au pharynx. Ce fait, qui est tout exceptionnel à Paris, serait au contraire la règle dans le pays de M. Cruveilhier, où notre honorable président a pratiqué longtemps et vu un très grand nombre de cas de croup.

Cette absence si rare des pseudo-membranes pharyngiennes avait fait méconnaître le croup dans le cas de M. Hérard. Cependant, quelque ressemblance qu'il y ait entre le croup

et une laryngite, il y a des cas où le diagnostic semble difficile, et où il peut être porté si on analyse bien les phénomènes. M. Hérard l'a prouvé, en vous parlant des symptômes observés chez un enfant dont le larynx, qu'il vous a montré, était affecté d'inflammation simple; il y avait presque tous les signes du croup, et cependant, en analysant bien, on pouvait observer qu'il n'y avait pas d'accès de suffocation, et que la toux éteinte n'avait pas le timbre déchiré, comme métallique qui existe souvent dans le croup.

Le sixième fait vous a été présenté par M. Courtin. L'anatomie pathologique en est la même que celle des deux premiers faits de M. Hérard. Tout l'intérêt de la pièce se reporte sur la lésion des poumons et sur l'insufflation artificielle continuée pendant longtemps au point de bien rétablir la respiration chez un enfant complètement asphyxié. Il n'y avait pas d'emphysème à l'autopsie, ce qui a fourni à M. Depaul l'occasion de vous rappeler ses recherches et ses expériences sur l'emphysème. La lésion pulmonaire, observée chez cet enfant, a été considérée par la plupart de vous comme une pneumonie lobulaire. A ce propos, M. Bonnet a insisté avec raison sur l'importance qu'il y aurait à constater, avant la trachéotomie, l'existence de cette dangereuse complication, si fréquente d'une maladie déjà si grave par elle-même.

Je ne fais que vous signaler un fait de pleurésie chronique dont l'observation vous a été donnée par M. Dagincourt, et qui a déjà été mentionnée dans le compte-rendu de l'année dernière; mais il est indispensable de le citer ici à cause du rapport fait à ce sujet, cette année seulement, par M. Mailliot, qui a cherché à vous démontrer comment les ouvertures extérieures spontanées des épanchements pleurétiques se font souvent en avant entre les sixième et septième côtes, puisque c'est là un point déclive de la cavité thoracique.

M. Richard vous a fait voir un beau cas d'emphysème interlobulaire, avec de vastes tumeurs aériennes sous-pleura-

les. L'emphysème, cette conséquence si fréquente de la bronchite chronique, a aussi attiré votre attention au sujet du déplacement qu'il peut faire subir au siège normal des bruits du cœur, à propos de deux communications de MM. Barth et Mailliot, dont il sera question plus loin.

M. Viallet vous a montré une gastrite chronique avec simple épaissement, sans formation de produits nouveaux, sur laquelle nous reviendrons.

Dans un autre cas apporté par M. Richard, il y avait plusieurs ulcérations de la muqueuse gastrique; l'une d'elles avait perforé complètement l'estomac et se trouvait fermée par le foie lui-même, disposition assez fréquente, comme vous savez. Mais ce qu'il y avait de curieux, c'était un abcès du foie, placé tout à côté, et consécutif très probablement à la lésion de l'estomac.

Un intestin offrant les lésions propres à la fièvre typhoïde vous a été présenté par M. Pons, et vous avez pu constater, comme d'habitude, que ce n'est pas là une lésion purement inflammatoire; la lésion était des plus intenses, presque générale, sans ulcérations, à cause de la marche rapide de la maladie qui avait tué le malade dans les premiers jours; et cependant, il n'y avait presque pas d'injection. Cette forme de fièvre typhoïde amène la mort très rapidement, ainsi que M. Cruveilhier vous en a cité un autre exemple.

Deux cas d'ulcérations étendues du gros intestin vous ont été montrés, par M. Viallet, chez deux femmes mortes de dysenterie ou de colite chronique, à la suite d'ingestion de boissons abondantes.

M. Boulland vous a montré un cas remarquable de méningite portant surtout sur les enveloppes de la moelle, pour former cette redoutable méningite spinale, maladie si peu décrite, et si voisine du tétanos, qui peut tuer, comme le tétanos, par asphyxie, ce qui a eu lieu dans le cas actuel. La congestion sanguine était tellement violente, que les veines placées entre la dure-mère et le rachis, se sont rompues de

manière à constituer une apoplexie extérieure à la dure-mère, et à laquelle M. Boulland rapporte l'asphyxie, sans le démontrer.

Une des questions qui vous ont le plus préoccupé dans le courant de cette année, est celle de la phlébite. Neuf faits ayant tous une grande valeur, vous ont été soumis, et méritant d'être analysés avec soin.

De ces faits, quatre sont relatifs à la phlébite adhésive. Le premier, que vous devez à M. Hillairet, consiste en une phlébite adhésive simple, survenue après un accouchement, et qui a produit une *phlegmatia alba dolens*, comme cela arrive dans ces cas, ainsi que l'a si bien établi notre collègue le docteur Bouchut. Le second, présenté, par M. Macquet, est relatif à une phlébite survenue chez une femme cachectique, qui avait eu une pleurésie et une arthrite suppurée, sans aucun rapport réel entre ces deux dernières maladies et la première, du moins au point de vue de l'infection purulente. Le troisième fait de phlébite adhésive, dû à M. Saintvis, est à noter, parce que la phlébite est survenue chez une femme, sans aucune des causes antécédentes, aujourd'hui connues, qui la produisent d'habitude. Quant au quatrième fait, il est plus remarquable; il est relatif à une haute question dont l'étude appartient presque toute entière à la pathologie moderne; il s'agit d'une phlébite de la veine rénale, qui déterminait une stase sanguine dans le rein, et par suite, soit par infiltration, soit par sécrétion, la sortie à travers les voies urinaires, d'une quantité notable de sérum de sang mêlé à l'urine, qui contenait ainsi une grande quantité d'albumine; il n'y avait aucune autre lésion des reins, surtout il n'y avait pas les lésions caractéristiques de la maladie de Bright, telle qu'on la décrit maintenant.

Les cas, au nombre de quatre, de phlébite suppurée, sont des plus intéressants; ils viennent tous à l'encontre des opinions émises dans ces derniers temps sur l'influence de cette maladie dans la production de la diathèse purulente.

M. Tessier a fait un retour vers les saines opinions des anciens médecins, en créant sa belle théorie et le nom de *diathèse purulente*, qu'on ferait peut-être mieux, avec M. Guérin, de nommer *fièvre purulente*, si on n'avait pas encore à craindre le reproche d'ontologie, si toutes les disputes soulevées par cette doctrine des fièvres étaient apaisées. Mais M. Tessier est venu sur le terrain au moment où la *phlébite* l'occupait presque tout entier, au moment où les esprits avaient une tendance bien marquée à la localisation de tous les états morbides, puisqu'on allait jusqu'à admettre le transport direct du pus, depuis la surface suppurante jusqu'aux abcès dits *métastatiques*. Au lieu de prendre ce qu'il y avait de bon dans cette doctrine de la *phlébite*, M. Tessier l'a considérée comme une ennemie, et a voulu la repousser entièrement. Là est l'erreur. De là, des négations continues et obligées en présence de faits irréfragables cependant. De là, une suite de discussions très compliquées qui ont pu obscurcir un instant une question prête à se résoudre.

Ainsi, M. Tessier et ses élèves surtout, ont nié que dans la *phlébite* suppurée, il pût y avoir mélange direct du pus avec le sang; en s'appuyant sur les recherches de M. Cruveilhier, ils ont prétendu que toujours il y avait un caillot entre le pus et le sang. Mais M. Cruveilhier a dit vingt fois lui-même qu'un caillot existant dans un organe peut disparaître, et si le caillot disparaît, le pus peut se mélanger directement avec le sang. Et M. Cruveilhier, en supposant même qu'il n'y ait pas d'autres démonstrations en faveur de sa manière de voir, n'est pas en contradiction avec lui-même. D'ailleurs, les faits dans lesquels le pus était en contact avec le sang, dans le cas de *phlébite* suppurée, sont aujourd'hui assez nombreux; à ceux déjà connus, vous pouvez en ajouter trois autres, qui vous ont été communiqués : un par M. Richard, un par M. Lunier, et par M. Bonnet.

Il n'est plus possible de le nier, la phlébite suppurée peut produire la diathèse purulente. Elle le peut; car le mélange direct du pus avec le sang, lorsqu'on injecte du pus dans les veines d'un animal, détermine tous les phénomènes, toutes les lésions caractéristiques de l'infection purulente, comme l'ont si bien démontré dans leur remarquable travail, MM. de Castelnau et Ducrest. D'un autre côté, dans la phlébite suppurée, il peut y avoir mélange du pus sécrété dans la veine, avec le sang en circulation. Lorsqu'il n'y a pas de caillots intermédiaires, la démonstration est par trop évidente. Mais lorsqu'il y a un caillot, le passage du pus dans le sang peut encore se faire et se fait de plusieurs façons. D'abord par imbibition, par endosmose et exosmose à travers des masses fibrineuses dont les mailles sont assez larges pour permettre le passage du pus en nature et non pas seulement du blastème purulent. Puis et mieux encore, par le passage du pus à travers le canal central des caillots récents. Ce canal central, dont M. Cahen est venu vous parler, a été nié aussitôt par des amis de M. Tessier; MM. Cruveilhier et Barth ont répondu en confirmant l'existence de ce canal central, occupé seulement par du sang à demi coagulé; M. Barth en particulier, l'a étudié avec beaucoup de soin.

Que de raisons on pourrait ajouter aux précédentes, si celles-ci n'étaient pas suffisantes. On pourrait, avec M. Cruveilhier, rappeler combien de fois une légère opération, un cathétérisme, une saignée, faite sur un individu bien portant, détermine d'abord une phlébite suppurée et puis une diathèse purulente. On pourrait invoquer aussi des faits bien constatés de guérison obtenue par des applications de sangsues sur le trajet des veines enflammées, chez des amputés qui avaient tous les signes précurseurs qui sont suivis presque inévitablement de diathèse purulente.

Mais c'est déjà trop s'arrêter à cette question dans un travail de la nature de celui-ci. M. Tessier en veut à la phlé-

bite; il a tort. Il admet une foule d'autres causes de la diathèse purulente; pourquoi ne pas y ajouter le mélange du pus avec le sang, dans le cas de phlébite suppurée? En quoi cela change-t-il sa manière de voir sur la diathèse purulente?

Toute phlébite suppurée n'amène pas inévitablement une diathèse purulente. Si le pus est séparé du sang par un caillot solide, résistant, très long, dans un canal central, comme dans le cas que vous a montré M. Cusco, il ne peut plus y avoir mélange du pus avec le sang, et par le fait de la phlébite, il ne peut plus y avoir de diathèse purulente.

Cette question du canal central a soulevé une autre difficulté que M. Barth a résolue avec sa netteté et sa clarté habituelles. Il s'agissait de la disparition des caillots déposés dans les veines. En vous rapportant un fait curieux et analysant les faits si nombreux qui ont passé sous ses yeux, M. Barth nous a appris que, lorsque le caillot avait un canal central, il pouvait être absorbé, entraîné, dissous, et la veine pouvait reprendre son calibre. Tandis que, si le caillot se remplit, s'il n'y a plus de canal central, il faut que la veine se transforme en cordon fibreux; elle ne redevient plus perméable. La même chose a lieu pour les artères.

M. Pigné vous a fait part aussi de ses réflexions sur la direction différente et justement inverse que présente la terminaison du caillot dans les artères et dans les veines; cette différence est le résultat fort simple de lois purement physiques.

J'ai réservé pour le dernier, Messieurs, un fait de phlébite qui mérite, par sa singularité, d'être mis à part, et que vous devez à M. Escalier. A la suite d'un accouchement, une femme présente une phlébite, un abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque, puis une gangrène du membre inférieur. A l'autopsie, l'artère fémorale, un peu épaissie dans ses parois externes, à son origine, est adhérente par sa

partie interne, à la veine, répond en avant au foyer purulent, et présente au même point dans son intérieur, un caillot un peu adhérent qui ne le remplit pas tout-à-fait. Y a-t-il eu simple compression, ou bien une artérite à la suite de laquelle serait survenue la gangrène? Dans tous les cas, une phlébite utérine produisant comme conséquence, entre autres lésions, une gangrène du membre inférieur, est un fait des plus rares.

Comme les autres années, vous avez vu passer sous vos yeux un grand nombre de lésions tuberculeuses. Il n'y en a pas moins d'une vingtaine de cas, dont la plupart ne sont pas longs à analyser.

Cinq faits de tubercules vous ont été présentés dans les centres nerveux, un dans la protubérance annulaire, un dans le pédoncule cérébral, un dans le cerveau, et deux dans le cervelet. Les phénomènes observés dont il a été fait mention avec soin dans vos bulletins, sont fort instructifs; mais il en est ici comme des apoplexies; sur un si petit nombre de faits, il est impossible d'arriver à aucun rapprochement, de tirer aucune conclusion importante. Je n'ai donc pas à m'en occuper plus longtemps. Une seule particularité dont vous a entretenus M. Bonnet, doit nous arrêter un instant. Selon M. Bonnet, toutes ces tumeurs des centres nerveux, ont eu leur point de départ primitif dans la pie-mère ou ses prolongements, quelle que soit la profondeur du siège de la tumeur dans la substance nerveuse. Parmi les pièces présentées, il y en avait qui venaient confirmer manifestement cette opinion, dont la conséquence serait un rapprochement curieux entre ces lésions et la méningite dite tuberculeuse.

L'anatomie pathologique des tubercules pulmonaires et bronchiques, envisagée au point de vue de vos travaux, est si avancée aujourd'hui, qu'il n'en passe plus sous vos yeux qu'un très petit nombre de pièces susceptibles d'exciter votre intérêt. — La plus remarquable de toutes, sans con-

redit, est celle de M. Dupouy ; la nature tuberculeuse de la lésion a été un instant l'objet d'une discussion, parce que les masses tuberculeuses étaient colorées en une teinte noire foncée, par cette matière noire pulmonaire si fréquente, qui ne se mêle pas d'habitude avec le tubercule, suivant la remarque de M. Bonnet. Quelques-unes des masses commençaient à devenir le point de départ d'un dépôt crétacé. Mais, chose curieuse, un dépôt de même nature s'était fait dans les parois ou dans le tissu cellulaire périphérique des vaisseaux lymphatiques superficiels du poumon. Ceci confirme les nombreuses relations qui existent entre la formation du tubercule et les fonctions du système lymphatique. — Dans un cas présenté par M. Bonnet, vous avez pu voir une de ces cicatrices pulmonaires formées par une membrane fine et lisse, qu'avait si bien décrites Laënnec. — La pièce de tubercules des ganglions bronchiques que vous a soumise M. Hérard, est remarquable par elle-même et par la discussion qu'elle a soulevée. Il s'agit de savoir si les accès de suffocation revenant par accès, sorte d'asthme nerveux qui avait existé chez le malade, tenaient à la compression et à la désorganisation commençante du nerf pneumogastrique, compris dans une des tumeurs bronchiques.

Une des lésions tuberculeuses des plus singulières est celle dans laquelle le produit morbide, au lieu de se déposer dans l'intérieur des tissus, vient former une couche superficielle plus ou moins épaisse à la surface des membranes muqueuses des organes génitaux ou urinaires. Deux pièces de ce genre vous ont été montrées par MM. Hérard et Viallet. Dans la pièce de M. Hérard, qui a fourni à M. Cruveilhier l'occasion d'exposer le résultat de ses observations sur cette lésion, il y avait en même temps des tubercules pulmonaires et bronchiques. Dans celle de M. Viallet, il y avait en outre maladie de Bright et tubercules péritonéaux ; la lésion étendue à une trompe utérine avait déterminé l'occlusion de celle-ci, et sa dilatation en kyste. — Le fait

de ce genre le plus extraordinaire qui se puisse voir, est celui dont vous avez reçu communication de la part de M. Guzzo, docteur-médecin à Naples. La matière tuberculeuse formait quelques noyaux épars dans l'épaisseur du tissu utérin ; mais la plus grande quantité, réunie à beaucoup de pus, était contenue dans l'intérieur de l'utérus, qui s'était ainsi agrandi au point d'offrir des dimensions bien supérieures à celui d'une femme enceinte. Ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on put constater la nature de cette maladie singulière, dont le diagnostic était bien difficile pendant la vie.

M. Lepelletier vous a fait voir des tubercules du péricarde et dans des fausses membranes péricardiques, chez un individu qui avait en outre des tubercules pulmonaires et cervicaux. Le mode d'évolution des fausses membranes et des tubercules du péricarde, n'a pas été envisagé ici de la même façon par M. Lepelletier et par son rapporteur M. Bonnet, qui a profité de l'occasion pour vous entretenir des signes, si difficiles à bien apprécier, des adhérences complètes dans un péricarde.

Sur une autre pièce de M. Lepelletier, vous avez vu un ganglion tuberculeux du mésentère, venir fermer comme un bouchon une ulcération également tuberculeuse de l'intestin, qui avait produit une perforation.

M. Bernutz vous a porté, sous le nom de tubercules du foie, une belle pièce dans laquelle il m'a semblé ne trouver que les caractères d'un épanchement fibrineux entouré d'une induration hépatique.

Les tubercules de la colonne vertébrale sont fort communs, vous le savez ; et le grand nombre de cas qui vous sont apportés tous les ans le démontrerait au besoin. Vous avez pu cette année en observer trois sur des pièces présentées par MM. Monnot, Hérard et Fano. — M. Hérard a profité de la pièce provenant d'une jeune fille tuberculeuse, qu'il vous a montrée en l'accompagnant d'une excellente

observation; pour vous faire remarquer combien on néglige au début ces altérations qu'on désigne sous le nom de mal de Pott; M. Hérard vous a bien exposé les symptômes qui doivent attirer l'attention et faire traiter, dès le début, une maladie si grave. Il a fait noter aussi l'absence de compression de la moelle par les os, dans son fait, en sorte que les symptômes de paraplégie doivent être dus à une toute autre cause, ce qui est plus fréquent qu'on ne pense, suivant lui.

— Les tubercules vertébraux existent surtout au bas de la région dorsale et dans la région lombaire. Dans le fait de M. Hérard et dans celui de M. Fano, la lésion occupait au contraire la région thoracique, et l'abcès qui en provenait était placé dans l'intérieur du thorax, au-devant des vertèbres malades. — Le fait fort intéressant de M. Monhot tenait mieux dans la règle. La lésion occupait la région lombaire et avait donné lieu à un abcès par congestion iliaque. L'aponévrose du psôas-iliaque qui limite l'abcès en avant, dans des cas de ce genre, s'était ossifiée; c'est-à-dire que les espèces de stalactites qui s'étaient formées autour des os malades, avaient gagné cette aponévrose, et l'ossification avait marché jusqu'au niveau de l'arcade crurale. J'ai cherché à vous démontrer que, dans un cas de ce genre, les abcès par congestion si bien limités par les aponévroses peuvent franchir ces limites; par le fait de la rupture devenue facile des aponévroses en partie ossifiées. D'autres causes peuvent aussi déterminer la sortie du pus à travers les aponévroses qui le limitent; ainsi, la quantité trop considérable de pus contenu, qui rompt les aponévroses par distension, une inflammation aiguë, etc.; M. Caben croit au passage possible du pus à travers les ouvertures aponévrotiques qui logent les vaisseaux. — Toutes ces exceptions, faciles à prévoir, ne font que confirmer cette règle aujourd'hui inattaquable et dont M. Richard a pu comme moi vérifier l'exactitude, à savoir que les aponévroses limitent très bien les abcès chroniques et parfois aussi les abcès sub-aigus. —

Me trouvant entraîné, à propos des tubercules, à parler des abcès par congestion, je dois citer ici le fait de M. Macquet, parce que vous avez pu constater dans ce cas une disposition singulière qui est assez fréquente, et dont l'anatomie n'a pas encore bien rendu compte : un abcès froid de la fosse iliaque, au lieu de descendre vers la cuisse, remonte quelquefois vers la crête iliaque ; arrivé là, il traverse les aponevroses d'insertion des muscles abdominaux, d'avant en arrière, juste sur le bord externe du muscle carré des lombes, et passe ainsi, dans les régions lombaire et fessière. L'abcès, dans le fait de M. Macquet, avait son point de départ dans une altération grave du cœcum, dont nous allons parler bientôt.

Enfin ; un dernier cas de tubercules développés à la fois dans les poumons et dans les intestins ; avec perforation de l'appendice cœcal ulcéré, et de plus, dans les os de la hanche, de manière à produire une coxalgie ; vous a été montré par M. Simon.

Une lésion qu'on a crue reliée jusque dans ces derniers temps aux tubercules, c'est cet état particulier du foie qu'on appelle le foie gras. Une pièce de M. Macquet vous a permis de juger que cette altération peut exister chez des enfants morts tout simplement d'entérite ; fait qui paraîtrait avoir été déjà signalé, mais qu'il est bon d'avoir bien constaté.

Cette accumulation des matières grasses dans le foie a lieu tantôt d'une manière uniforme dans l'intérieur du tissu de l'organe ; tantôt par petites masses isolées formant au milieu du foie des tumeurs jaunâtres, assez dures, plus ou moins arrondies ; qu'on pourrait prendre pour du tubercule cru, ou même pour de la cirrhose. Vous en avez vu deux beaux exemples dans les pièces présentées par MM. Gogué et Hérard.

A part cette difficulté, à part celle qui a été signalée plus haut, à propos de la pièce de M. Bernutz, vous n'avez eu

guère à vous occuper cette année du diagnostic différentiel, si difficile parfois, des tumeurs tuberculeuses. Aucune discussion ne s'est élevée à ce sujet, parce que les pièces soumises à votre examen ont été en général assez concluantes.

Mais il n'en a pas été de même, tant s'en faut, à propos des tumeurs cancéreuses. Sur cette question se sont élevées plusieurs fois des discussions animées, lesquelles, il faut le dire, Messieurs, privées de leur élément le plus essentiel, le résultat des observations microscopiques, n'ont fourni pour quelques uns de nous que l'occasion d'émettre des opinions, personnelles et qui sont souvent restées personnelles. Il est extrêmement remarquable de voir avec quelle difficulté le microscope s'est intronisé par la force de la vérité au milieu de l'anatomie pathologique, et quelles oppositions uniquement théoriques il rencontre encore, même dans des Sociétés telles que la nôtre, où l'amour de la science et de la vérité règne à peu près sans partage.

Les discussions sur les cancers ont eu lieu, les unes à propos de leur diagnostic différentiel, les autres à cause de leur origine et de leur marche; d'autres relativement à leurs espèces. Parmi les tumeurs présentées, il y en avait qui étaient intéressantes par leur généralisation ou par les accidents qu'elles avaient déterminés à cause de leur siège spécial. Je vais examiner successivement, sous ce point de vue, les 37 faits de cancers ou de tumeurs faciles à confondre avec le cancer, qui vous ont été présentés.

Le diagnostic différentiel a dû être établi par vous entre le cancer d'une part, et d'autre part, les inflammations chroniques, les tumeurs homéomorphes, telles que les considère M. Lebert, les hypertrophies, les végétations et les chancres phagédéniques. De plus, vous avez discuté plusieurs fois la question relative aux différences qui existent entre la diathèse cancéreuse et la diathèse purulente.

Un cas de gastrite chronique présenté par M. Viallet, et comparativement les divers cas de cancers de l'estomac dont

il sera question plus loin , ont permis à M. Barth d'établir les bases sur lesquelles on doit se fonder pour distinguer un cancer des duretés consécutives à une simple inflammation chronique.

Quatre présentations successives faites par M. Gubler sous le nom de tumeur fibreuse du sein , par M. Gogué sous le nom de tumeur cancéreuse de la parotide, par M. Bonnet sous le nom de tumeur cancéreuse du sein, et par M. Gogué sous le nom de tumeur ganglionnaire cervicale, ont amené la discussion la plus importante sur le diagnostic du cancer. Il s'agit de bien différencier le cancer de toutes ces tumeurs confondues sous le nom d'hypertrophies. Or, il faut le dire, sans le microscope, cela n'est souvent pas possible. — Ainsi, à côté de M. Gogué , appuyé de l'opinion de quelques autres membres et de M. Jobert pour déclarer cancéreuse la tumeur parotidienne qu'il vous a apportée , vous trouvez M. Giralès et d'autres qui ne veulent voir là qu'une hypertrophie simple des grains glanduleux salivaires. M. Depaul , qui vous a cité un cas pareil observé par lui sur un nouveau-né, avait cru d'abord que c'était un cancer, et puis il s'arrêta à l'idée d'une tumeur fibreuse. — Puis vient M. Bonnet qui, avec une pièce fort concluante , cherche à concilier les deux partis ; sur sa pièce , on voyait manifestement les éléments de la glande mammaire hypertrophiés ; mais entre ces éléments il y avait du cancer. — Relativement à la pièce de M. Gubler , dans laquelle M. Velpeau avait trouvé le caractère des tumeurs fibrineuses, M. Cruveilhier et M. Barth n'y ont vu qu'une tumeur fibreuse, et M. Giralès qu'une hypertrophie mammaire. C'est toujours , comme on voit , la même discussion, avec le moyen de conciliation indiqué par M. Bonnet. M. Giralès , pour soutenir son opinion , s'est appuyé de l'examen fait par lui de deux autres tumeurs du sein, la première qui a été soumise à l'examen de M. Cruveilhier, la seconde extirpée par M. Velpeau , qui la croyait cancé-

rouge, et qui n'étaient toutes deux que des hypertrophies mammaires. — La seconde tumeur apportée par M. Gagné était fort remarquable par son développement rapide et par cet état particulier qui ressemble tant au cancer encéphaloïde, et qui est constitué par une simple hypertrophie des ganglions lymphatiques. M. Velpeau et M. Nélaton ont déjà insisté depuis longtemps sur la facilité avec laquelle on pourrait se tromper dans ces cas. Alors l'examen microscopique devient un moyen très puissant, et même le seul apte à résoudre d'une manière à peu près complète la question.

Une tumeur sous-cérébelleuse présentée par M. Pénard aurait pu d'abord être prise pour un tubercule cru, ou pour un squirrhe; mais l'examen microscopique fait par M. Robin a indiqué qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs si bien décrites par M. Lebert sous le nom de fibro-plastiques. Il faut avouer que, dans ce fait, des personnes habituées à voir de ces tumeurs en auraient reconnu aisément la nature par les seuls caractères extérieurs, autres que ceux dus au microscope; nous n'en devons pas moins reconnaître même alors l'importance de cet instrument, puisque c'est à son aide qu'on a pu arriver à bien délimiter ce genre de tumeurs, et à en faire une espèce à part.

Un des diagnostics les plus difficiles à faire, ainsi que le savent bien les personnes habituées à voir un grand nombre de ces altérations, est celui entre le cancer, les végétations et certaines formes fongueuses d'accidents syphilitiques, trois lésions essentiellement différentes cependant. — Entre le cancer et certains accidents syphilitiques, il n'y a, dans un nombre de cas assez restreint pour les personnes exercées, mais qui existent, que le traitement qui puisse juger la question. — Entre le cancer et les végétations, il peut y avoir une confusion telle, qu'on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que plusieurs fois on a extirpé de simples végétations pour des cancers. — Dans le cas de

cancer de la verge que je vous ai présenté, il avait été assez difficile de porter un diagnostic absolu, pour que l'hésitation bien naturelle du chirurgien si éminent, M. Ricord, aux soins duquel était confié le malade, ait porté ce chirurgien à faire subir au malade, avant l'opération, un traitement antisypilitique. — Je ne sais pas si on a encore bien étudié au microscope les différences réelles qui existent, sous le rapport de la structure intime, entre le cancer et les végétations. Il semble, d'après la structure aujourd'hui connue des végétations, véritables verrues très molles et très vasculaires, et d'après les travaux si importants de notre excellent collègue, M. Mayor fils, de Genève, qu'il doit y avoir là des difficultés assez sérieuses dans l'application du microscope.

Une erreur de diagnostic bien grave et qui a dû être commise bien des fois, est celle qui consiste dans la confusion du cancer avec les chancres phagédéniques : ainsi, dans l'un des cas signalés par M. Courtin, et dont il a déjà été fait mention, on avait cru à un cancer. C'est en voyant pour la première fois l'altération, malheureusement au moment où le malade était mort, que je reconnus la nature dont personne ne douta après examen. Dans ce cas, la lésion avait marché en profondeur vers l'abdomen, jusqu'auprès d'une anse d'intestin grêle adhérente aux parois abdominales ; encore quelques jours, et les faibles limites qui séparaient la cavité intestinale de l'ulcère allaient être franchies, de manière à donner naissance à une espèce rare d'anüs anormal. Or, un fait tout pareil, dans lequel l'anüs anormal avait existé longtemps, a été vu à Lourcine par notre collègue, M. Potier, qui l'a présenté à la Société Anatomique il y a cinq ans, sous le nom d'altération cancéreuse, sans que personne ait songé à contester cette qualification ; il est évident aujourd'hui pour moi, qui ai pu voir et examiner la pièce aussi bien que personne, puisque j'eus occasion d'aider M. Potier dans cette autopsie, que c'était un vrai chancre phagédénique pris pour un cancer.

Quelle triste histoire, messieurs, que celle du cancer ! Comme si ce n'était pas assez de l'existence de cette affreuse maladie placée jusqu'à présent au-dessus de nos ressources thérapeutiques, il faut qu'on rencontre à chaque pas, quand on s'en occupe, des erreurs de diagnostic. Combien nous devons être attentifs à méditer sur ces erreurs, sur les causes qui peuvent les produire, afin de chercher à les éviter pour l'avenir ! Une dernière erreur, que l'on pourrait commettre et qui pourrait devenir très fâcheuse aujourd'hui que l'on paraît en mesure de traiter plus ou moins bien la diathèse purulente, doit être examinée ici ; car elle a été l'objet de vives discussions dont le point de départ a été une pièce que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre examen.

J'avais apporté cette pièce pour vous faire apprécier une particularité d'une valeur assez restreinte ; j'avais voulu montrer des tumeurs cancéreuses pulmonaires, survenues par récurrence, chez le malade amputé d'un cancer de la verge dont j'ai déjà parlé, récurrence assez curieuse, quant à l'organe dans lequel elle s'était faite. La discussion qui s'est élevée à ce propos, a donné au fait une toute autre valeur ; elle s'est renouvelée deux autres fois, au sujet de deux autres pièces présentées par MM. Gubler et Lallier. Dans ma pièce, il n'y avait à hésiter, lorsqu'on voulait dénommer les tumeurs pulmonaires, qu'entre des abcès d'infection purulente et des masses cancéreuses. On pouvait songer un instant à admettre des abcès simples ; mais on était bientôt ramené vers l'idée qu'il s'agissait d'un cancer. — Dans la pièce de M. Gubler, la difficulté était bien plus grande, puisque vous vous êtes tous partagés entre un grand nombre d'opinions ; MM. Cruveilhier, Lebert et Moutard-Martin ne voulaient voir dans les tumeurs pulmonaires que des noyaux de pneumonie lobulaire ; M. Barth soutenait que c'étaient de véritables abcès d'infection purulente ; M. Velpeau, dont l'opinion était soutenue par MM. Gubler et Laillier, avait dit que c'était du cancer ; d'autres disaient que c'étaient des foyers

apoplectiques; je prétendais que c'étaient bien des foyers apoplectiques, mais précurseurs du cancer, consécutifs à la congestion sanguine considérable survenue du côté du poumon pour pouvoir fournir les éléments de la sécrétion cancéreuse rapide et abondante qui allait avoir lieu. — Enfin la pièce de M. Laillier est venue donner gain de cause à cette dernière opinion. Il résulte de l'examen comparatif de ces trois faits, qu'après une extirpation d'un cancer local, il peut y avoir un coup de fouet donné à la diathèse cancéreuse qui passe rapidement à la cachexie, avec un ensemble de phénomènes tellement analogues à ceux de l'infection purulente, qu'il est aisé de s'y tromper. Alors, des cancers se forment en grand nombre et avec rapidité, quelquefois du côté du poumon, où ils peuvent simuler des abcès, s'ils sont petits et superficiels; et dans ce moment, la congestion sanguine nécessaire pour fournir les éléments de la formation du cancer, peut être assez forte pour ramener des ruptures occasionnant des foyers apoplectiques. Sur la pièce de M. Laillier, on pouvait suivre dans le foie et les poumons, tous les degrés de la lésion, depuis le foyer sanguin récent, jusqu'à la tumeur cancéreuse franche, en trouvant comme intermédiaires des foyers apoplectiques purs, décolorés et plus anciens, et des foyers apoplectiques accolés à des tumeurs cancéreuses.

L'origine du cancer vous a occupé à peine, au milieu des discussions que je viens d'analyser. Quelques-uns de vous, parmi lesquels je me range avec tous les micrographes, ont parlé de sécrétion cancéreuse. M. Jousset seul a cru devoir encore accepter la transformation des organes en cancer. La grande majorité a accepté simplement le mot de formation cancéreuse, sans préjuger la question.

Le point de départ du cancer, (la cause occasionnelle de la manifestation d'une tumeur, bien entendu), est parfois et bien réellement un coup. Vous en avez vu de beaux exemples dans le cas que vous a présenté M. Guibout, et dans les communications que vous ont faites à ce propos MM. Pigné, De-

paul et Mailliot. Ces faits, semblables sous ce rapport à celui du cancer du médiastin et à celui de la tumeur ganglionnaire cervicale, non cancéreuse, il est vrai, que nous avons signalés M. Gogué et moi, montrent aussi avec quelle rapidité des tumeurs peuvent prendre un volume considérable en très peu de temps.

La question des diverses espèces à admettre dans le cancer, n'a pas été discutée; elle a été soulevée plusieurs fois par M. Barth, qui a exposé avec précision dans plusieurs circonstances, sa manière de voir à cet égard, dont il a déjà été fait mention dans le compte-rendu de l'année dernière.

M. Pigné croit que les vaisseaux des tumeurs cancéreuses, appartenant à un tissu spécial, ont aussi une disposition spéciale, et que si on ne les a pas bien décrits, c'est qu'on n'a pas fait attention à ce point de vue; c'est qu'on y a cherché des vaisseaux analogues à ceux des autres tissus.

Deux observations appuyées sur des pièces fort belles, offertes par MM. Bourdon et Blot, vous ont permis de constater l'existence de cancers multiples chez des individus qui tendaient à avoir des tumeurs cancéreuses dans presque tous les organes.

Relativement au siège du cancer, parmi les faits soumis à votre examen, il y en a eu qui ont offert un véritable intérêt, et quelques-uns sont fort rares. — Dans un cas de M. Bonnet, le cancer, de nature mélanique, occupait l'œil. — Dans celui de M. Lafaurie, la tumeur est au dessous de l'apophyse mastoïde. — Elle occupait le périoste du tibia à sa partie antérieure, dans le cas de M. Gabalda. — M. Fano vous a montré un fait fort rare et inconnu de beaucoup de chirurgiens, de cancer de l'amygdale. — Dans le fait de M. Jarjavay, le cancer placé dans le tissu cellulaire de la région prévertébrale au cou, avait perforé par un prolongement la paroi postérieure du pharynx, dans la cavité duquel il faisait saillie. — Dans celui de M. Gubler, le cancer formait une tumeur pédiculée et très mobile à la base de la langue; en

se déplaçant, la tumeur avait tué le malade par asphyxie ; parce qu'elle était venue se placer sur l'ouverture supérieure du larynx qu'elle bouchait. — Dans un fait que je vous ai signalé, la tumeur cancéreuse unique et énorme, remplissait le médiastin antérieur, en refoulant et comprimant fortement les viscères thoraciques non altérés d'ailleurs. — La tumeur présentée par M. Gogué, et que M. Giraldès disait être une simple hypertrophie glandulaire provenait de la parotide, tandis que celle que M. Bonnet montrait comme réunissant les caractères de l'hypertrophie et du cancer, occupait le sein. — Deux cancers occupaient le testicule, dans le cas suivi de récurrence sur les poumons, signalé par M. Gubler, et dans un cas remarquable par le volume et la régularité de la tunique albuginée distendue que je vous ai présenté. — Une fois, le cancer avait rongé la verge ; il en a déjà été question ; c'est un fait que je vous ai communiqué. — Dans le fait avec récurrence déjà cité de M. Laillier, la première tumeur était dans les parties molles de la cuisse. — Dans celui de M. Macquet dont j'ai déjà parlé, et sur lequel il va falloir revenir encore, le cœcum était cancéreux ; il y avait eu à la suite hypertrophie avec dilatation du colon ; et abcès par congestion iliaque, devenu ensuite lombaire. — Une fois, dans le beau fait de ramollissement et d'apoplexie, que vous a donné M. Racle, vous avez pu constater dans la dure-mère elle-même et non dans les parties voisines, l'existence d'une tumeur cancéreuse ; c'était bien un vrai fungus débutant par la dure-mère. — Outre les trois faits de tumeurs pulmonaires dues à des récurrences, signalés plus haut, vous avez reçu deux autres observations de cette affection qu'on croyait si rare, le cancer du poumon ; l'une est de M. Pénard ; l'autre, qui nous a valu un bon rapport de M. de Beauvais, est de M. Bleu. Dans ce dernier cas, il y avait aussi cancer du foie. — L'estomac était le siège du cancer dans six communications de MM. Pigné, Depaul, Mailliot, Guibout, Stuart Cooper et Richard, seul dans quatre cas, avec le foie dans un cas, et

avec le foie et le bas de l'œsophage oblitéré dans le sixième cas. A propos de ces cancers de l'estomac, M. Barth vous a dit quels étaient les points de cet organe qui étaient le plus souvent affectés. — Dans le fait de cancers multiples apportés par M. Blot, le tissu de nature mélanique épars en masses considérables dans les poumons, les viscères abdominaux et les replis péritonéaux, formait dans une partie du péritoine une couche noire infiltrée à la surface. — Enfin, M. Pigné vous a apporté un fait des plus remarquables, et M. Depaul vous en a cité un analogue observé à la Maternité, de fœtus, dont le bassin, converti par en bas en une énorme masse cancéreuse entremêlée de kystes, avait beaucoup retardé l'accouchement. La nature de la tumeur était hors de doute, et le fait a été examiné avec soin, à cause de sa singularité.

La diathèse cancéreuse et la diathèse tuberculeuse peuvent-elles exister simultanément chez un même individu ? Oui, cela a déjà été vu, et le fait de M. Pénard vient le confirmer.

Dans le cas, bien plus important sous le rapport des lésions aortiques, déjà cité de M. Richard, il y avait gangrène de la paroi postérieure de l'estomac envahi par le cancer. Ces gangrènes du cancer se voient parfois. Plusieurs d'entre vous avaient rangé dans ce même ordre de faits, le cas présenté par M. Stuart Cooper, sous le nom de gangrène du foie ; M. Hérard, chargé comme rapporteur d'examiner ce cas, a été de l'avis du présentateur.

Quatre kystes du foie vous ont été présentés par MM. Moutard-Martin, Dagincourt, Bernard et Gogué. Celui de M. Moutard-Martin était des plus importants, parce qu'on pouvait y suivre un mode de formation qu'on avait négligé dans ces derniers temps, des hydatides se développant dans les parois même de l'hydatide mère ; il y avait en même temps une suppuration très curieuse du foie. Dans le fait de M. Dagincourt, il s'agissait d'un kyste hydatique resté longtemps indolent et inaperçu, puis enflammé et suppuré à la suite d'un

coup. M. Bernard avait pensé qu'il s'agissait dans son fait d'un abcès du foie; mais M. Moutard-Martin a prouvé dans un bon rapport, que c'était un kyste hydatique suppuré. Peut-être était-ce un kyste simplement séreux, non hydatique, suppuré, dans le cas de M. Gogué.

Il ne me reste plus, Messieurs, pour terminer ce compte-rendu, qu'à analyser rapidement une douzaine de faits isolés pour la plupart, que je vais passer en revue.

Je ne sais où placer un fait des plus singuliers, présenté par M. Mailliot, soit dans l'ordre plus ou moins régulier que j'ai suivi dans ce compte-rendu, soit même parmi les faits pathologiques connus. Il s'agit de dépôts crétacés autour de la racine et du collet des dents chez une vieille femme, dépôts si abondants, que l'épaisseur de la racine s'en trouve bien doublée ou triplée au moins.

M. Macquet vous a montré un rectocèle vaginal, tel que l'a si bien décrit M. Malgaigne, dans ces derniers temps, mais ayant acquis des dimensions peu communes.

M. Lamaestre vous a fait voir un cas remarquable d'implantation du cordon sur les membranes, avec hémorrhagie dont le mécanisme a été conçu de diverses manières. M. Désormeaux, chargé d'examiner ce cas, a accepté l'explication donnée par M. Devilliers.

Une autre belle pièce de M. Lamaestre, est relative à une môle hydatique donnant lieu à tous les signes de la grossesse, et dans laquelle M. Depaul a fait remarquer que l'on trouvait, suivant l'opinion de M. Velpeau, les éléments du placenta.

Deux corps fibreux vous ont été présentés : l'un par M. Blot; il a déjà été mentionné à propos des grossesses extra-utérines; l'autre, par M. Mailliot, qui avait aidé M. Piorry à l'extirper à une femme à propos de laquelle des médecins appelés auparavant, avaient commis de singulières erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

M. Depaul vous a donné une excellente observation d'opération césarienne pratiquée par M. Paul Dubois.

M. Mercier a soumis à votre examen une sonde à double courant et un percuteur nouveau qui résume à la fois le percuteur à cuillère et le percuteur à fenêtre, pour la lithotritie.

Dans deux observations, M. Cœurderoy a essayé de soutenir cette opinion que l'hystérie serait consécutive à des altérations des organes génitaux.

Des communications dignes du plus grand intérêt vous ont été faites à propos des maladies du cœur, et il serait possible d'arriver, en les analysant, à des conclusions assez importantes ; mais il faudrait pour cela entrer dans de trop grands détails, et je craindrais d'abuser de votre attention déjà très bienveillante pour un aussi long compte-rendu. Je vais donc me contenter de les signaler. Un cas de rupture du cœur, présenté par M. Simon, a renouvelé pour un instant, entre MM. Depaul et Lefebvre, la discussion vive qui avait eu lieu l'année précédente au sein de la Société, sur les perforations et les ruptures du cœur. — Vous avez pu prendre connaissance de trois cas d'hypertrophie du cœur. L'un a été observé par M. Barth, et cité par lui à propos du déplacement possible des bruits du cœur, pour montrer que cette hypertrophie peut être masquée par un emphysème pulmonaire, ce qu'on découvrirait très bien par la plessimétrie, selon M. Mailliot. Le second, dans lequel l'hypertrophie était accompagnée d'une dilatation énorme de l'aorte ascendante et transverse, est le sujet d'une observation remise par M. d'Heurle. Dans un troisième cas fort curieux, présenté par M. Richard, il y avait en même temps que l'hypertrophie, des lésions valvulaires produisant à chaque révolution du cœur un double bruit de souffle qui s'entendait pendant la vie en sens inverse de la position qu'il aurait dû occuper, s'il était réellement dû aux lésions que l'autopsie faite de la manière la plus rigoureuse

a révélées. Dans un cas de rétrécissement aortique calcaire, dont l'observation a été donnée par M. Mailliot, il y avait aussi un bruit de souffle particulier dont l'explication m'entraînerait beaucoup trop loin, et se reliait en partie, d'ailleurs, à celle du double bruit de souffle précédent.

Enfin l'observation de M. Macquet relative à un cœcum cancéreux, avec dilatation et hypertrophie du colon, nous a valu un beau rapport de M. Pigné sur les hypertrophies fonctionnelles et sur les relations qui existent entre les dilatations et les hypertrophies dans les organes creux dont le calibre se trouve oblitéré en un seul point. Les conclusions de M. Pigné, adoptées en grande partie par M. Barth, mais avec réserve sur certaines particularités, sont confirmées par beaucoup des observations précédemment citées sous un autre point de vue. Une seule de ces observations mérite d'être signalée en dernier lieu, c'est celle envoyée par M. Gaudon, docteur-médecin au Blanc, département de l'Indre, et que je vous ai communiquée en son nom. Il s'agit dans cette observation d'une poche énorme et remplie de liquide, qui est venue au moment de l'accouchement faire saillie à l'ouverture inférieure de l'utérus, et a retardé considérablement le travail. Le fœtus étant sorti mort, on a trouvé que cette poche, d'un volume vraiment considérable, était formée par la vessie énormément distendue, sans que ses parois fussent bien amincies. L'urèthre et le col vésical étaient parfaitement sains et libres; rien n'a pu expliquer pourquoi cette vessie contenait tant de liquide, ni pourquoi elle s'était tant dilatée.

Messieurs,

Voilà la série des questions qui ont été agitées cette année au sein de la Société anatomique. J'ai résumé les débats auxquels elles avaient donné lieu; j'ai rapporté les conclusions qui m'ont paru en ressortir naturellement. Si

je n'ai point failli à la tâche qui m'était imposée ; si, comme je l'ai voulu, j'ai réussi à tracer un exposé fidèle, vous pouvez maintenant embrasser d'un seul coup d'œil la variété de vos travaux, et chacun peut reconnaître la part pour laquelle il a contribué à l'ensemble.

Malgré les développements dans lesquels je suis entré, je ne me dissimule pas qu'il est des points sur lesquels j'ai passé rapidement, et que je n'ai fait pour ainsi dire qu'effleurer ; mais j'ai la conscience de n'avoir rien omis, d'avoir touché à tout. D'ailleurs, Messieurs, cette rapidité d'exposition, cette vue superficielle mais complète, ne sont-elles pas l'essence même du compte-rendu, auquel on pourrait, à juste titre, imposer pour épigraphe ces mots par lesquels un ancien préludait aux récits d'aventures :

Summa sequar fastigia rerum.

Cette devise, Messieurs, résume toutes les conditions nécessaires pour faire un bon compte-rendu, à cela près du talent cependant, au défaut duquel j'ai dû suppléer par un zèle soutenu et par un attachement inébranlable à votre Société. Cette pensée du reste m'a soutenu dans cette longue tâche ; car jamais vos travaux n'avaient présenté cette fécondité, cette richesse ; jamais, par leur nombre et leur variété, ils n'ont offert plus d'embarras à celui que vous chargez annuellement de les réunir : difficultés sérieuses, pleines d'attrait cependant. • •

A côté du fond des discussions, que ne m'est-il permis de dire un mot de la forme si pleine de véhémence et d'animation, admirable tableau où la jeunesse moderne reflète tour à tour la rapidité de son langage, sa foi dans la science et l'expression chaleureuse des convictions ? Est-il des trésors au-dessus de pareils trésors ? Oui, Messieurs, il en est de plus grands, de plus riches, et nous les avons puisés dans cette confraternité, dans cette communauté de travaux

auxquelles nous initie le commerce scientifique. Les rivalités, les divergences d'opinion viennent expirer aux portes de cet asile ; et en sortant des discussions les plus animées, nous savons serrer étroitement la main de nos collègues dont nous n'avons point partagé les opinions sur un cas de phlébite, d'artérite ou de cancer.

Continuons donc les traditions d'un passé si fertile en résultat. Que d'année en année, ceux que votre confiance appellera à l'honneur de remplir le devoir dont je viens de m'acquitter sentent s'aggraver leur charge. Ne craignez point qu'ils se refusent à soulever un si glorieux fardeau ; la pensée qu'eux-mêmes auront contribué à le rendre mal commode à manier leur sera un stimulant énergique. D'ailleurs quelles fatigues ne ferait point oublier l'honneur d'avoir été choisi pour vous rappeler ce que vous avez fait, pour ajouter, je ne crains pas de le dire, une page à votre histoire. Car votre Société, comme toutes les institutions durables, a son histoire ; et cette histoire n'est autre que l'exposé des services qu'elle rend, services incontestables, mis hors de doute par l'accroissement de forces que prend de jour en jour la Société anatomique. Placée comme aux avant-postes de la science, elle en épie tous les mouvements, et la plupart du temps elle ne leur a pas été étrangère. Que de fois en effet, Messieurs, elle a dégagé le terrain et ouvert la voie aux recherches les plus fructueuses ! Que de matériaux elle a préparé, qui n'attendent plus qu'une main habile pour élever les faits à l'état de doctrine !

C'est à vous désormais qu'il appartient de mettre en jeu cette puissance de généralisation, admirable puissance en vertu de laquelle le mouvement imprimé par notre Société se communiquera de proche en proche jusqu'aux sphères les plus élevées de la science, et servira ainsi les intérêts de l'humanité.

Paris, le 18 mars 1847.

A. DEVILLE.

ÉLOGE DE BÉRARD (AUGUSTE),

Prononcé par M. le docteur Dénormaux.

Messieurs ,

Je n'ai pas dessein de vous retracer toute l'existence d'Auguste Bérard ; cette tâche a déjà été remplie dans plusieurs éloges mieux que je ne pourrais le faire ici. Élève de Bérard , je croirai avoir rempli mon devoir de reconnaissance , si je puis vous rappeler le mérite de ses travaux, les qualités de son esprit et les rapports si instructifs et si bienveillants qu'il avait avec nous.

Lorsque Bérard entra dans la carrière médicale, il y trouva dans son frère *ce maître le plus zélé, cet ami le plus tendre* qu'avait trouvé dans son père un autre chirurgien, enlevé comme lui à la science, n'ayant eu que le temps de montrer par ses travaux ce qu'il eût fait pour elle et pour les élèves s'il eût été appelé à parcourir une plus longue carrière. M. Bérard n'avait pas à offrir à son frère, comme J.-L. Petit à son fils, l'appui d'une haute position et d'une réputation immense; mais par ses études il lui indiquait la route qu'il fallait suivre; il lui montrait quel serait le prix de ses efforts, par les succès qu'il avait déjà obtenus; il lui facilitait la tâche par les leçons que nul mieux que lui ne pouvait donner. A. Bérard était capable de profiter et des leçons et des exemples; il suivit son frère dans la carrière, assistant à des triomphes, et apprenant à les remporter à son tour.

Pendant le temps de ses études, A. Bérard s'était déjà fait remarquer par ses succès. Interne des hôpitaux, trois fois lauréat de l'École pratique, aide d'anatomie et professeur, il possédait toutes les ressources que le travail peut ajouter à d'heureuses dispositions naturelles. A des connaissances pratiques, solides et étendues, il ajoutait une éru-

dition qui mettait à son service toutes les observations des auteurs, et un jugement exercé à mettre en œuvre les matériaux que lui fournissait sa mémoire si riche.

Bérard se fit recevoir docteur en 1829. Dans sa thèse sur *la luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas et de l'atlas sur l'axis*, après avoir expliqué par les différences anatomiques la disposition des deux premières vertèbres à des affections si communes dans les membres, mais si rares dans le reste de la colonne vertébrale ; s'appuyant sur quelques travaux étrangers et sur quelques observations connues en France, il trace l'histoire complète de cette maladie terrible et si souvent méconnue, dont il n'était même pas question dans les traités dogmatiques de chirurgie. C'est lui qui établit chez nous ce point de science auquel on n'a rien trouvé à ajouter depuis ; si je disais qu'on n'y trouvera probablement rien à changer, ceux qui l'ont étudié seraient, je crois, de mon avis.

En 1830, Bérard fut nommé au concours agrégé de la Faculté. Le sujet de sa thèse était : *De corporibus extraneis in tractu aeris admissis*. Trois ans plus tard, il se présentait au concours pour une chaire de pathologie externe, et parmi les redoutables concurrents que depuis cette époque nous avons vus successivement devenir professeurs, il prenait place au premier rang, qu'il ne devait plus quitter dans cinq concours successifs jusqu'au jour de la victoire, que lui apporta le concours de 1842 pour la chaire de chirurgie externe, que la mort de Sanson laissait vacante.

On ne peut pas s'attendre dans une thèse de concours à trouver des recherches qui soient propres à l'auteur ; mais ce que l'on peut demander, et ce que l'on trouve dans toutes les thèses de Bérard, c'est l'exposé clair et complet des connaissances qui existent sur un point de la science. Ses thèses sur les causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures, sur les engorgements du testicule, sur le diagnostic dans les maladies chirurgicales, sur la structure des poumons,

sur les opérations que réclament les tumeurs de la région parotidienne, sur le diagnostic différentiel des tumeurs du sein, sont autant de monographies complètes que l'on ne peut se dispenser d'étudier aujourd'hui quand on s'occupe de quelque'un de ces sujets.

Permettez-moi de vous rappeler encore quelques-uns des travaux de Bérard.

Malgré les efforts de Larrey, les appareils inamovibles étaient à peu près inusités dans la chirurgie civile, qui ne s'en occupait qu'à titre de fait historique. Bérard, un des premiers à Paris, en fit l'application à tous les cas qui se présentèrent dans son service de l'hôpital Saint-Antoine pendant une année, et démontra les avantages de l'inamovibilité dans un Mémoire qui a conservé un grand intérêt, malgré les progrès qu'a faits cette question. A. Bérard employait l'appareil décrit par Larrey; plus tard, les travaux de MM. Seutin et Velpeau amenèrent un procédé plus simple et plus commode: dès lors, Bérard abandonna l'appareil qu'il avait d'abord mis en usage pour adopter l'appareil dextriné, sans regretter la part à laquelle il pouvait prétendre dans l'application de l'ancien appareil.

Dans son Mémoire sur l'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies chirurgicales, il montre que ce moyen, employé sous forme d'irrigations continues, constitue un des agents antiphlogistiques les plus puissants; il prouve par de nombreuses observations, que l'on peut, à l'aide des irrigations, conserver des membres qu'on eût été forcé d'amputer; que l'on diminue, on supprime parfois complètement le danger de beaucoup d'affections; enfin que certaines opérations auxquelles on renonçait par crainte de désordres que l'inflammation pouvait amener à leur suite, deviennent praticables du moment que l'on possède un moyen presque certain de maintenir cette inflammation dans de justes limites.

Dans son travail sur le traitement des tumeurs érectiles

sous-cutanées, il donne une description anatomique exacte de ces tumeurs, et établit, mieux qu'on ne l'avait fait encore, les différences essentielles qui en distinguent les deux variétés; puis il montre que, pour les tumeurs artérielles, le caustique est le meilleur moyen de traitement, et n'offre pas les dangers extrêmes que l'on redoutait de son emploi. Pour les tumeurs veineuses, il propose un nouveau mode de ligature qui a procuré de nombreux succès. Ainsi il donna à la chirurgie des moyens de triompher avec peu de dangers d'une affection que certains chirurgiens osaient à peine attaquer, que d'autres attaquaient par des moyens le plus souvent insuffisants.

Je regrette vivement de ne pouvoir vous rappeler tous les travaux de Bérard; mais il serait sans intérêt de vous en faire la liste que vous connaissez déjà, ou que vous pourrez facilement trouver ailleurs. Je vous rappellerai cependant le seul Mémoire purement anatomique que je connaisse de lui, le Mémoire qu'il présenta à l'Académie des sciences *sur le rapport qui existe entre la direction du conduit nourricier des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent*. Dans ce travail, il démontre que dans les os longs l'épiphyse vers laquelle se dirige le conduit nourricier se soude constamment la première à la diaphyse de l'os; dans les os qui n'offrent qu'une épiphyse, comme les phalanges, les métacarpiens, métatarsiens, le conduit nourricier se dirige vers l'extrémité non épiphysaire, où l'on peut concevoir que la rapidité de l'ossification a confondu en un seul point la diaphyse et l'épiphyse qui, sans cela, eussent été distinctes. Un fait bien remarquable, c'est la constance avec laquelle ces phénomènes se passent toujours dans le même ordre pour les mêmes os; il n'existe qu'une exception: dans le péroné, l'épiphyse inférieure se soude la première; c'est vers elle que se dirige le conduit nourricier; mais parfois on voit l'épiphyse supérieure se réunir d'abord, ou bien toutes deux se souder à la fois. Et bien,

dans ces cas encore, la loi trouve son application, et le conduit nourricier, au lieu de percer l'os de haut en bas, le perce de bas en haut, ou perpendiculairement à son axe. Cette loi peut s'expliquer par la rapidité du sang plus grande dans la branche directe que dans la branche réfléchie de l'artère nourricière; elle est contraire à l'idée d'Howship, qui pensait que le mode de circulation le plus favorable à l'ossification est un mouvement très lent et très égal du sang.

Ce qui caractérise surtout l'esprit de Bérard, soit dans ses ouvrages, soit dans ses leçons, c'est un jugement droit, une logique sévère. Il avait beaucoup étudié les auteurs, moins pour savoir tout ce qui avait été fait, que pour l'apprécier et s'assimiler ce qu'il y trouvait de bon, de façon à donner à ses jugements une base plus étendue et plus solide qu'il n'aurait pu les trouver dans sa seule expérience. Dans ses travaux originaux et dans ses leçons, toujours attaché à son sujet, qu'il ne perdait jamais de vue, il évitait les détails qui détournent l'attention, et la richesse de ses connaissances ne lui servait qu'à trouver toujours les faits dont il avait besoin, et qu'il mettait en œuvre avec abondance, mais sans prodigalité. Si vous joignez à ces qualités une grande précision, un style pur et facile, une méthode de raisonnement simple et exacte, vous vous expliquerez, je crois, l'utilité que vous avez tirée de ses écrits; vous comprendrez l'espèce de plaisir que l'on prend à suivre ce travail, si facile en apparence, que le lecteur serait presque tenté parfois, en lisant les meilleures productions de Bérard, de prendre pour le développement naturel de sa propre pensée l'enchaînement des idées de l'auteur.

Les élèves trouvaient dans Bérard un maître bienveillant, toujours prêt à leur faciliter l'instruction. Dans ses conversations, il était toujours prêt à accepter la discussion qu'il provoquait souvent sur ses idées aussi bien que sur celles de ses élèves. Quelquefois le professeur abandonnait

son opinion pour celle de l'élève, dont la conviction était devenue et plus ferme et plus claire. Le plus souvent, le professeur avait raison, et l'élève restait persuadé, mais jamais vaincu.

Messieurs, je vous ai présenté Bérard tel que je l'ai connu, tel que je l'ai vu lorsque j'étais interne dans son service. La Société anatomique doit se rappeler avec plaisir, mais avec regret, ce qu'il était au milieu d'elle. Secrétaire de la Société en 1830, il en devint vice-président l'année suivante. Plus tard, ses occupations l'éloignèrent de nous, mais sans diminuer l'intérêt qu'il portait à notre Société. Nous ne le voyions pas chaque semaine comme notre président, que nous sommes heureux d'avoir au milieu de nous moins encore pour l'honneur de sa présence que pour l'intérêt scientifique qu'il apporte dans nos discussions en y prenant part. Mais chaque année, du moins, il se faisait un plaisir de venir ici nous rappeler qu'il était notre collègue, et vous vous souvenez encore de l'avoir entendu l'année dernière prononcer l'éloge de notre collègue Lhommeau, son élève et son ami. Nous ne pensions pas alors que nous ne devions plus le retrouver ici; je ne croyais pas avoir à remplir aujourd'hui un si triste devoir. Nous attendions tous ce que tant d'études et de savoir, ce qu'une intelligence aussi remarquable promettaient aux sciences chirurgicales, maintenant qu'arrivé à une brillante position, il pouvait songer à transmettre à la postérité le fruit de ses travaux. Mais une cruelle maladie devait l'enlever à ses collègues et à ses élèves avant la fin d'un long ouvrage, pour lequel il s'était associé un homme dont la collaboration n'était rien à l'unité d'un livre, grâce à la conformité de leurs vues scientifiques et aux qualités de jugement qui se trouvaient également dans les deux auteurs. Nous pouvons espérer que le *Compendium de chirurgie pratique* sera toujours, comme il promettait de l'être, un de ces monuments rares qui présentent avec exactitude toute la science d'une époque. Mais

nous devons regretter les progrès que Bérard promettait à la science, et surtout à la pratique de la chirurgie. Personne plus que nous n'appréciera la perte que nous avons faite.

ELOGE DE CHARLES HENRI GAUBRIC,

Promu par M. docteur Galmont.

Il est assurément bien triste, messieurs, de mourir lorsqu'on est arrivé, après mille efforts au but de tous ses desirs, sans avoir pu jouir de la position conquise avec tant de difficultés. Mais il me paraît plus triste encore de mourir au milieu du chemin, alors qu'il ne restait plus qu'un seul effort à faire pour arriver. Bérard est mort dans la position la plus éminente de la médecine, déjà célèbre. et si quelqu'un est à plaindre de cette mort, c'est la science, qu'il promettait d'enrichir, c'est sa famille, qui a perdu son soutien. — Gaubric avait laborieusement surmonté toutes les difficultés, tous les ennuis du début, et lorsque l'avenir se montrait à lui brillant de promesses, il a fallu mourir. — Ici, celui qui est à plaindre, c'est l'homme qui a usé toute sa vie à préparer son avenir, qui n'a rien connu de la jeunesse que son ardeur au travail, et qui tombe au moment de recueillir. — Et puis, il est si triste de mourir à 30 ans.

Henri Gaubric est né à Bordeaux en avril 1815. Ses premières années furent calmes et tranquilles et ne présentèrent qu'une seule particularité, ce fut un malheur qui influa puissamment sur la destinée de Gaubric. — Il perdit son père à l'âge de 14 ans. Ce fut dès ce moment qu'il résolut d'embrasser la médecine. Comprenant de quelle importance était pour lui l'étude des sciences physiques et naturelles, il

s'y livra avec une ardeur qui ne se démentit jamais, et à 16 ans, il obtenait la place de préparateur de chimie à l'école de médecine de Bordeaux. Il n'occupa cette place que peu d'années. Gaubric avait hâte d'arriver à Paris; c'est là surtout qu'il espérait trouver des aliments à l'immense besoin de travail qui le tourmentait. Il arriva rapidement à l'externat; mais l'internat offrait plus de difficultés. Ce ne fut qu'après trois concours, qu'il obtint la place si désirée d'interne des hôpitaux. Vous aviez déjà admis Gaubric parmi vos membres, alors qu'il n'était encore qu'externe. Une fois interne, il chercha à justifier ce que dans sa modestie il avait toujours regardé comme une faveur, et devint l'un de vos membres les plus zélés, les plus actifs. — La plupart d'entre vous ont gardé le souvenir des nombreuses pièces anatomiques qu'il a présentées, des intéressantes communications qu'il a faites. — Aussi, reconnaissant ce zèle, vous l'avez nommé successivement secrétaire et vice-président. Je dois vous le dire, messieurs, ces suffrages dont vous l'honoriez et qu'il était incapable de solliciter, l'enorgueillirent bien plus que ne purent le faire les couronnes qu'il obtint à la même époque à l'école pratique de la faculté et dans les hôpitaux, et il en a toujours gardé le plus cher souvenir. Enfin, en 1844, il fut reçu docteur en médecine avec cet honneur singulier de dispense des frais de thèse, parce qu'il avait obtenu, à tous ses examens, la note : Extrêmement satisfait.

Tous ces succès, que je viens d'énumérer, me dispensent de vous dire, Messieurs, que Gaubric avait conservé tout l'amour du travail de ses premières années. Doué d'une volonté ferme et d'une patience à toute épreuve, il s'était proposé de ne retourner à Bordeaux qu'après avoir obtenu tous les succès qu'un jeune étudiant peut obtenir, de n'y revenir qu'avec le renom d'un médecin distingué, et rien ne lui coûtait, ni fatigues ni veilles, pour arriver à ce résultat. J'ai vécu pendant plusieurs années dans son intimité, et je puis

dire que jamais je n'ai vu Gaubric oisif. — Ses conversations en apparence les plus frivoles, avaient toutes un objet sérieux. Il savait s'arracher de nos petites réunions amicales, pour lire, écrire, voir ses malades, travailler toujours. — Je dois dire que son ardeur était servie par une belle intelligence. — D'un esprit vif, il comprenait vite, se souvenait longtemps, et bien qu'il apportât dans ses conceptions une vivacité toute méridionale, celles-ci étaient toujours marquées au coin d'un bon et solide jugement. — Les diverses publications que Gaubric a faites portent bien la trace de ces qualités. Les observations publiées dans nos bulletins sont toutes curieuses et intéressantes. — On les retrouve surtout dans son excellente thèse sur la pupille artificielle. OEuvre de patience et de jugement, cette thèse renferme des aperçus ingénieux, brillants; des conseils sages et éminemment pratiques, et constitue la meilleure monographie qui ait été publiée sur la matière.

Si distingué que fût Gaubric par les qualités de l'esprit, il l'était encore bien davantage par les qualités du cœur. — Il n'est personne de vous, Messieurs qui ne se souvienne de cette aménité parfaite qui le caractérisait, et à laquelle son caractère méridional donnait un charme plus vif, de cette obligeance à toute épreuve, et de la probité et de la loyauté qu'il apportait dans toutes ses relations. — Moi qui ai été son ami, je puis vous dire que Gaubric était le plus noble cœur. — Rien ne lui coûtait pour servir ceux qu'il aimait. Etranger à toutes nos petites passions, son âme ne se complaisait que dans les pensées et les vues généreuses. — Et ce n'était pas pour se repaître d'illusions, croyez-le bien, Messieurs; ce qu'il pensait, il le faisait. — Je pourrais vous dire que ses malades ont toujours trouvé en lui un homme compatissant et bon; je pourrais vous dévoiler tout ce que sa bienveillance, sa charité même, avaient de noble et de délicat. Mais Gaubric se cachait soigneusement pour faire le bien, et sa modestie ne me pardonnerait pas, s'il vivait, en-

core, de soulever le voile dont il recouvrait ses bonnes actions.

Il quitta Paris peu de temps après avoir été reçu docteur; il le quitta avec de profonds regrets et ne retourna à Bordeaux que pour satisfaire aux vœux de sa mère et de sa sœur, qui le demandaient avec instance. — Il eut, à son arrivée à Bordeaux, à lutter contre toutes les mauvaises passions qui accueillent un jeune médecin; mais une chose le soutint toujours, son bon droit. — Il persévéra; bientôt, les quelques personnes qui l'avaient connu dans son enfance, découvrirent en lui ce qui y était réellement, c'est-à-dire, les qualités d'un excellent médecin; dès-lors, on commença à parler de lui, et tout lui promettait, dans un avenir prochain, de brillants succès. — En même temps, la place de chef des travaux anatomiques vint à vaquer à l'école secondaire de médecine; on voulait donner la place, sans concours, à un ancien prosecteur; Gaubric, qui ne savait solliciter que pour ce qui est juste, réclama le concours. — La place fut mise au concours, et Gaubric causa un tel effroi aux concurrents, que sept d'entre eux, y compris celui auquel on voulait donner la place, se retirèrent devant lui. — Après de brillantes épreuves, il fut nommé à l'unanimité. — Il ne restait plus à Gaubric qu'un seul désir, c'était celui d'arriver à être chirurgien de l'hôpital. Il y serait infailliblement arrivé, s'il n'en eût été décidé autrement. Un mois après son concours, en août 1845, il eut une hémoptysie, à laquelle se joignit un peu de pneumonie. Il vint à Paris au mois d'octobre de la même année, et déjà la face de notre collègue était profondément altérée. Il portait à la base du poumon gauche une pneumonie qui paraissait être de nature tuberculeuse. A son retour à Bordeaux, comme il se trouvait mieux, il voulut faire le cours d'anatomie dont l'école l'avait chargé; mais ses forces n'y suffirent pas. Il fut obligé d'y renoncer. Plus tard, il eut une pleurésie à droite, et enfin, après huit mois de souffrances continues, il succomba le 12 mai 1846.

Comme nos anciens collègues Godin, Roger, Renauldin et tant d'autres, Gaubric est encore une victime de cette terrible maladie qui décime les jeunes internes des hôpitaux. Comme la plupart d'entr'eux, Gaubric se fit toujours illusion sur la nature de sa maladie. Dans une correspondance que j'eus avec lui jusqu'à sa mort, Gaubric me posa une seule fois, et c'est dans sa dernière lettre, cette question : suis-je tuberculeux ? Et il répond de suite : Je ne le crois pas. — Dans les derniers mois de sa vie, il désira me voir. J'allai à Bordeaux, et ma présence lui rendit le courage et l'espérance qui ne l'abandonnèrent pas. Pendant 5 mois qu'il vécut encore, il ne pensa pas à la mort. Heureuse, heureuse ignorance ! véritable bienfait qui a adouci ses derniers jours, mais qui n'ôte rien aux profonds regrets que cette perte doit nous inspirer.

ÉLOGE DE BORNET,

Prononcé par M. Macquet.

Messieurs,

Chargé par la société anatomique de rendre à la mémoire d'un jeune collègue un témoignage public de regrets, j'ai dû accepter sans hésiter une mission que des relations intimes me rendaient obligatoire. — Cette tâche pénible eût été au-dessus de mes forces, si je n'avais été pénétré de l'idée de trouver parmi vous une vive sympathie, en vous parlant d'une mort prématurée, d'un de ces événements dont le récit attriste trop souvent cette séance solennelle, si digne d'intérêt, si brillante par l'exposé général des travaux, des découvertes d'une année.

Si le nom de notre jeune ami n'a pas été inscrit plusieurs

fois dans les annales de la science, il faut admirer en lui cette prudence, cette crainte modeste de livrer à la publicité des ouvrages trop tôt achevés, qui n'avaient pas reçu la sanction d'une longue expérience. — Aussi, dans cette vie de Bornet, j'aurai surtout à vous entretenir de son amour pour l'étude, de son respect, de son dévouement pour ses maîtres et de ses rapports de bonne confraternité dans les hôpitaux, dans cette société à laquelle il eût rendu d'éminents services, s'il n'eût été enlevé à ses amis, à sa famille, au début d'une carrière qui donnait les plus belles espérances.

Bornet naquit dans un petit village aux environs de Bergerac. Dès son enfance, il montra beaucoup d'aptitude pour l'étude des sciences. Au collège, il donna des preuves de cette volonté ferme, de cette persévérance qui caractérise l'homme studieux, et les succès qu'il obtint annonçaient un brillant avenir.

Après avoir satisfait d'une manière honorable aux exigences des baccalauréats ès-lettres et ès-sciences, il se livra à l'étude de la médecine, des sciences naturelles, de la géologie en particulier. Assidu aux cours du jardin des plantes, de la Sorbonne, il était l'élève de Geoffroi Saint-Hilaire, Blainville, Flourens, Constant Prévost ; il défendait avec ardeur, je dirai même avec courage, l'opinion de ses maîtres, qui, en 1845, l'honorèrent du titre de licencié ès-sciences naturelles.

Au concours de 1842, il fut nommé interne des hôpitaux ; plusieurs d'entre vous l'ont connu à Bicêtre, à l'Hôtel-Dieu (annexe), observateur patient et éclairé, bienveillant pour ses malades, méritant à juste titre l'estime, l'amitié de ses collègues et de ses chefs de service.

Le 10 décembre 1843, il était membre adjoint de la Société anatomique ; Bornet accepta cet honneur avec une vive satisfaction ; c'était une occasion de compter ses amis, et ils furent nombreux. Pendant longtemps, il fut forcé de ne pas

assister aux séances de la société ; l'étude des sciences naturelles absorbait tous les instants qu'il ne consacrait pas à l'art de guérir. Plus tard, il fut atteint de cette cruelle maladie qui a déjà enlevé à l'arène scientifique plusieurs de ses intrépides athlètes. Nous l'avons vu pendant une année supporter en silence au milieu de pénibles travaux, des souffrances sur la nature desquelles il se faisait illusion et emprunter à la thérapeutique des médicaments toujours impuissants. — Vers la fin de 1845, il retourna dans sa famille ; il espérait guérir promptement en respirant l'air natal, en recevant les soins assidus d'une mère qu'il chérissait ; il y trouva seulement un soulagement, une douce consolation aux douleurs de cette longue agonie. Au mois de janvier 1846, Bornet succomba des suites d'une tuberculisation pulmonaire ; son dernier adieu fut pour ses amis, pour les membres de la Société Anatomique.

Errata.

Page 11, ligne 25, albuminerie, lisez : albuminurie.

Page 12, ligne 4. Les numéros 2 et 3, sont transposés par erreur à la page 45.

P. 12, l. 30, lipumateuse, lisez : lipomateuse.

P. 25, l. 28, albuminerie, lisez : albuminurie.

P. 35, l. 22, Goblet, lisez : Gubler.

P. 158, rapporter à la suite de la ligne 21, les mots (Observation, rapport et discussion), mis par erreur à la ligne 24.

P. 163, l. 46, arthrite, lisez : arthrite.

P. 204, l. 24, Goblet, lisez : Gubler.

P. 243, l. 7 et 23, id. id.

P. 248, l. 4, id. id.

P. 330, l. 19, Saintis, lisez : Saintvis.

P. 368, l. 36, inflammation, lisez : insufflation.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME VINGT-UNIÈME

A. Abscès iliaque, 146-277. Absence des muscles palatins, 11. Aïne (chancres hagédéniques de l'), 89. Albuminurie, 25-304. Altérations valvulaires et hypertrophie du cœur, 41. Amygdale (cancer de l'), 109. Anastomoses et origine de la corde du tympan, 329. Anastomoses du nerf spinal, 38. Anévrisme de l'aorte, 13. Angiœleucite des organes génitaux, 14. Ankylose incomplète tibio-tarsienne, 377. Aorte (anévrisme de l'), 13. Aortite, 210. Aponévroses limitant le pus, 108. Apoplexie cérébrale, 318. — cérébrale ancienne, 375. — de la rate, 331. — méningée, 46-258. Arachnoïde (déposés crétacés dans l'épaisseur de l'), 15. Artère altérée, 125. Artères carotides primitives prolongées jusqu'à l'angle de la mâchoire, 19. Artères (rougeur des), 171-210. Artérite, 277. Asthme par lésion du pneumogastrique, 268.	Bruits anormaux du cœur, 41. Bruits de souffle artériels, 171. C. Calcul vésical, 49. Calculs biliaires, 12-82-242. Caillot percé d'un canal central, 141. Cancer de l'amygdale, 109. — de la cuisse, récidivé sur les poumons et le foie, 385. — de la dure-mère, 216. — de la mamelle, 269. — de la verge, 330. — de la vessie, 65. — de l'estomac, 59-210. — des poumons, 320-391. — du foie, 290. — des séreuses, 167. — (diagnostic du), 237. — du cœcum, 146. — du cou, 14-44. — du médiastin, 236. — du périoste du tibia, 273. — du testicule, 268. — du testicule récidivant sur les poumons, 378. — du vagin, 14. — énorme du périnée chez un enfant à terme, 105-106. — et tubercules du poumon et des parois thoraciques, 260. — mélanique, 390. — — de l'œil, 75. — — du con, 23. — pédiculé de la base de la langue, 339. — (structure et vaisseaux du), 74-75. Cancéreuse (diathèse), 167. Céphalœmatomes internes, 145.
---	---

- Cerveau** (apoplexie du), 348.
 — (compression du), 367.
 — (dépôts crétacés dans le), 375.
 — (hémorrhagie du), 216.
 — (ramollissement du), 123-375.
 — (tubercules du), 106.
Cervelet (tumeur fibro-plastique du), 389.
 — (tubercules du), 69-359.
Chancres phagédéniques, 351.
 — — de la verge
 et des aines, 89.
Cicatrice pulmonaire, 269.
Cloïsou du vagin, 45.
Cœcum (cancer, dilatation et hypertrophie du), 446.
Cœur (hypertrophie du), 41.
 — (perforation du), 39.
Colonne vertébrale (diastasis de la), 366.
Compression cérébrale; 367.
Conservation des pièces anatomiques, 70.
Corde du tympan (origine et anastomoses), 329.
Cordon ombilical inséré sur les membranes, 296.
Corps fibreux de l'utérus, 14.
 — — ossifié de l'utérus, 489.
Coryza précédant une méningite, 145.
Cou (ca. cer du), 14-44.
 — et du médiastin (tumeur du), 235.
 — (mélanose du), 23.
 — (tumeur blanche du), 272-278.
Crâne (fracture du), 367.
 — (ostéite du), 270.
Croup, 110-111-372-387.
Crurale (hernie); 169.
 — (hernie congéniale), 109.
Cuisse (cancer de la), 385.
 D.
Dépôts crétacés dans le cerveau, 375.
 — — dans l'épaisseur de l'arachnoïde, 45.
 — crétacés sur les dents, 275.
Diaphragme (hernies du), 243-248-333-337.
Diastasis de la colonne vertébrale, 366.
 — du poignet, 367.
Diathèse cancéreuse, 167-320-376.
 — purulente, 320-378-388.
Dilatation de la vessie, chez un enfant à terme, 104.
Dilatation des lymphatiques de la vésicule biliaire, 242.
 — des uretères, 49-55.
 — du cœcum, 146.
Dure-mère (cancer de la), 216.
Dysenterie chronique, 318-319.
 E.
Ecchymoses de la muqueuse de l'estomac, 232.
Emphysème interlobulaire, 241.
 — spontané, 78-81.
Entérite chronique déterminant l'état gras du foie, 143.
Epanchement pleurétique; empyème spontané, 78.
Epiploïque (hernie), 145.
Estomac (cancer de l'), 59-210.
 — (ecchymoses de la muqueuse de l'), 232.
 — (hypertrophie des follicules de l'), 210.
 — (ulcérations de l'), 209.
 F.
Facial envoyant directement le nerf du muscle interne du marteau, 160.
 — (rameau lingual du nerf), 111.
Fausse membranes entre des cartilages sains, 377.
Fièvre puerpérale, 171.
 — typhoïde, 366.
Fistule vésico-vaginale cancéreuse, 14.
Foie (cancer du), 290-385.
Foie (gangrène du), 59.
 — gras, 235-256.
 — — après une entérite chronique, 143.
 — (hydatides du), 113-319-392.
 — (kyste suppuré du), 384.
 — (perforation du ligament suspenseur du), 25.
 — (tubercules du), 389.
Follicules de l'estomac hypertrophiés, 210.
 — intestinaux hypertrophiés, 383.
Fracture du crâne, 367.
 — du rachis, 257.
 G.
Gangrène du foie, 59.
 — du membre inférieur, 183-277.
Gastrite chronique, 365.
Genou (ostéite du), 270.

Genou (tumeur blanche du), 279.
Grossesses extra-utérines, 190.

H.

Hématorachis, 359.

Hémorragie méningée et cérébrale, 216.

- par section de l'artère spermatique dans l'opération d'une hernie inguinale, 328.
- testiculaire, 296.

Hépatite suppurée, 113.

Herniaire (kyste inguinal), 169.

Hernie crurale congéniale, 109.

- diaphragmatique, 245-248-535-537.

- épiploïque, 145.

- graisseuse, 69-345.

- inguinale étranglée, 328.

Hydatide de la protubérance, 15.

- du foie, 113-319-392.

Hydropisie ventriculaire, 69.

- des trompes utérines, 280.

Hypertrophie de la vessie, 49.

- des follicules de l'estomac, 210.

- du cœcum, 146.

- du cœur, 41.

Hypertrophies en général, 155.

- glandulaire, 37.

Hystérie, 280-283.

I.

Iliaca (ossification du fascia), 108.

Iliaque (abcès), 146.

Inguinale (hernie étranglée), 328.

Infection purulente, 159-188.

Inflammation des voies urinaires, 280.

- (rôle du système nerveux dans l'), 31.

Intestin (follicules hypertrophiés de l'), 383.

- (invagination de l'), 115.

- (tubercules de l'), 383.

Invagination intestinale, 115.

K.

Kyste hydatique suppuré du foie, 319.

- suppuré du foie, ouvert dans la plèvre, 392.

- inguinal, dû à l'oblitération d'un sac herniaire, 169.

- suppuré du foie, 384.

L.

Langue (cancer pédiculé de la base de la), 352.

Laryngite, 385.

Larynx (ulcérations du), 240.

Lésions artérielles, 125.

Ligament suspenseur du foie, (perforation du), 25.

Lingual (rameau) du nerf facial, 111.

Lipôme du flanc, 12.

Lymphatiques de la vésicule biliaire (dilatation des), 242.

Lymphatiques des os, 371.

M.

Mal vertébral de Pott, 17-76-107.

Mamelle (cancer de la), 269.

- (tumeur de la), 35.

Médiastin (cancer du), 256.

- et cou (tumeur du), 255.

Mélanose, 390.

- de l'œil, 73.

- du cou, 25.

Méningée (apoplexie), 46-252.

- (hémorragie), 216.

Méningite, 145.

- cérébro-spinale, 359.

Mésocœcum, 25.

Môle hydatique, 326.

Monstres doubles, 12-13-15-109-144-205-206.

Monstruosité par inclusion, 190.

Muscle pétro-pharyngien, 12.

Muscles palatins (absence des), 11.

N.

Nerf du muscle interne du marteau, envoyé directement par le facial, 160.

Nerf récurrent anormal, 111.

Nerfs des os, 369.

Nerveux (rôle du système) dans l'inflammation, 51.

O.

Oblitération des veines, 142-143.

- des voies biliaires, 12-82.

Oeil (cancer mélanique de l'), 73.

Ongles recourbés, 259.

Origines et anastomoses de la corde du tympan, 329.

- — — du nerf spinal, 38.

Oreille moyenne (polype de l'), 254.

Os (lymphatiques des), 371.

Os (nerfs des), 369.

Ossification du fascia iliaca, 108.

Ostéite du crâne et du genou, 270.

Otœomalacie, 373.

Otite suppurée, 177.

P.

Parotidienne (tumeur), 236-239.

Pédoncule cérébral (fonction du), 72.

— (tubercule du), 72.

Percuteur nouveau, 43.

Perforation du cœur, 39.

— du ligament suspen-
seur du foie, 25.

Périnée (cancer énorme du) chez un en-
fant à terme, 105-106.

Périoste du tibia (cancer du), 275.

Péritoine (tubercules du), 208.

Péritonite chronique, 233.

Phlébite, 138-163-167-170-177-
188-277-330.

Phlébite rénale, 304.

Phlegmatia alba dolens, 277.

Pièces anatomiques (conservation des);
70.

Pleurésie, 304.

Plevre (agencement dans la), 78.

Pneumonie, 388.

— lobulaire, 383.

Puqum-gastrique altéré, produisant
un asthme, 268.

Poignet (diastasis et fracture par ar-
rachement du), 322.

Polype de l'oreille moyenne, 234.

— de l'urètre, 14.

— de l'utérus, 13-274.

Poumon (cancer du), 290-294-320-
379-383-591.

— (cancer et tubercule du), 360.

— (cicatrice du), 369.

— (tubercules des), 324.

Prépuce (végétations du), 273.

Protubérance annulaire (hydatide de
la), 43.

— (tubercule de
la), 68.

Puerpérale (fièvre), 171.

Pus limité par les aponévroses, 108.

Pustules sur des muqueuses, 233.

R.

Rachia (fracture du), 257.

Rachitisme, 374.

Rapprochement du cerveau, 123.

Rameau lingual du nerf facial, 111.

Rapport de M. de BRAUVAIS (cancer
des poumons), 294.

— de M. BONNET, (apoplexie cé-

rébrale artérielle), 134.

Rapports de M. DÉSORMAUX, (apoplexie
cérébrale), 46. — (Hémorrhagie
toxicque), 303.

— de M. DEVILLE (chancre pha-
gédénique), 100. — (Compte
rendu des trav. de l'année), 406.

— de M. HARRAS, (gangrène du
foie), 66.

— de M. MAILLOZ, (empyème
spontané), 81.

— de M. MOUTARD-MARTIN, (hy-
datides du foie); 399.

— de M. PIGNET, (grossesses extra-
utérines; monstruosités par in-
clusion; kystes pileux), 190. —
(Hypertrophies), 153. — (Rôle
du système nerveux dans l'in-
flammation), 31.

— de M. RICHARD, (hernies dia-
phragmatiques), 237. — (Infec-
tion purulente), 183. — (Méso-
coecum; valvules conniventes;
perforation du ligament suspen-
seur du foie), 29.

Rate (apoplexie de la), 331.

Rectocèle vaginale, 143.

Récurrent (anomalie du nerf), 111.

Rein déplacé, 277.

— unique, 328.

Reins réunis, 332.

Rénale (phlébite), 304.

Rougeur des artères, 171.

Rupture du cœur, 39.

S.

Spermatique (hémorrhagie par section
de l'artère), 328.

Spinal (origines et anastomoses du
nerf), 38.

T.

Thoraciques (cancer des parois), 260.

Tibia (cancer du périoste du), 275.

Trompes utérines (hydropisie des);
280.

Tubercules de la protubérance, 68.

— de l'utérus, 365.

— des ganglions préstomiaux,
368.

— du cerveau, 106.

— du crâne, 69-329.

— du foie, 329.

— du pédoncule cérébral, 72.

— du péritoine, 208.

- encéphaliques, 68.
- et cancer du poulmon et des poulmon thoraciques, 260.
- pulmonaires; dépôts crétacés le long de l'axillaire, 324.
- (structure des), 68.
- ulcérés de l'intestin; ulcération bouchée par un ganglion, 383.
- Tumeur blanche cervicale, 272-276.
- — du genou, 279.
- de la mamelle, 35.
- du cou et du médiastin, 235.
- fibreuse, 30.
- — de l'utérus, 280.
- — — suppurée, 283.
- — (moyen d'en mettre la structure en relief), 272.
- fibro-plastique sous-cérébelleuse, 389.
- parotidienne, 236-239.
- U.
- Ulcérations de l'estomac, 209.
- du larynx, 240.
- Uréters au nombre de trois et dilatés, 49.
- dilatés, 53.
- Urètre (polype de l'), 14.
- Urinaires (inflammations des voies), 280.
- Utérus (corps fibreux de l'), 14.
- (corps fibreux ossifié de l'), 189.
- (polype de l'), 13.
- (tumeur fibreuse de l'), 280.
- (tumeur fibreuse suppurée de l'), 283.
- (tubercules de l'), 365.
- V.
- Vagin (cancer et fistule), 14.
- cloisonné, 13.
- (rectocèle dans le), 143.
- Valvulaires (altérations), 41.
- Valvules conniventes en grand nombre, 25.
- Végétations du prépuce, 273.
- Veines (oblitération des), 142-143.
- Ventriculaire (hydropisie), 69.
- Verge (cancer de la), 320.
- Verge (chancres phagédénique de la), 89.
- Vertèbres; maladie de Pott, 17-76-107.
- Vésicule séminale unique, 367.
- Vessie (calculs de la), 49.
- (cancer de la), 55.
- (hypertrophie de la), 49.
- très dilatée chez un enfant à terme, 104.
- Voûte palatine remplacée en arrière par du tissu fibreux, 11.

AUTEURS.

Noms des présentateurs des pièces ou observations mentionnées dans ce volume.

- Beauvais (de), pag. 14, 272, 366.
- Bernard, 392.
- Bernutz, 169, 389.
- Bleu, 290.
- Blot, 189, 390.
- Bonnet, 73, 269.
- Boulland, 328, 333, 359.
- Bourdon, 167.
- Castelnau (de), 350.
- Cœurderoy, 280, 283.
- Colin, 14.
- Courtin, 89, 208, 273, 351, 387.
- Cusco, 49, 138.
- Dagincourt, 78, 319, 375.
- Delaruelle, 304.
- Demarquay, 11, 12.
- Depaul, 239, 373.
- Deville, 12, 13, 14, 15, 103, 145, 236, 266, 320, 367, 377.
- Dupouy, 324.
- Escalier, 276, 277.
- Fano, 76, 109.
- Froment, 145.
- Gabalda, 272, 273.
- Gaudon, 103.
- Gogué, 234, 235, 236, 279, 367, 384.
- Grapin, 13, 377.
- Gros, 38, 111, 329, 369.
- Gubler, 35, 240, 243, 248, 332, 378.
- Hérard, 17, 69, 72, 106, 110, 111, 232, 236, 268, 365, 372, 385.
- Hillairet, 163.
- Houel, 169.
- Jarjavay, 44.

